

TENSION ARTÉRIELLE ET FRÉQUENCE

N° 10

DU POULS

DANS LA PUERPÉRALITÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Janvier 1904

PAR

Pierre SAVELLI

Né à Ville de Paraso, le 22 décembre 1875

INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1900)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX (CONCOURS 1898)

PREMIER LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE (CONCOURS 1898, 1899)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
FORGUE ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELT.
— — ch. du cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS (*)

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE.	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président.</i>	MM. PUECH, <i>agrégé.</i>
VALLOIS, <i>professeur.</i>	JEANBRAU, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON ONCLE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE MARSEILLE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

P. SAVELLI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR QUEIREL

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

P. SAVELLI.

AVANT-PROPOS

Lors de notre passage comme interne à la clinique obstétricale et à la Maternité de Marseille, M. le professeur Queirel a bien voulu attirer notre attention sur l'intérêt que pourrait présenter l'étude de la tension artérielle et du pouls dans la puerpéralité.

Nous avons pu recueillir dans son service de nombreuses et variées observations sur ce sujet et c'est le résultat de ces études cliniques qui fera l'objet de ce modeste travail.

Quelles sont les variations subies par la tension artérielle et le pouls sous l'influence de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches ? Quelles sont les causes normales ou pathologiques qui élèvent ou abaissent la tension, qui ralentissent ou accélèrent le pouls dans la puerpéralité ? Quel est le résultat pratique qui peut ressortir de leur étude ? Tels sont les principaux points que nous traiterons dans le cours de cette thèse inaugurale.

Avant de commencer, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Queirel l'expression de toute notre gratitude

pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer lorsque nous étions son interne.

Que nos Maîtres de l'Ecole de médecine de Marseille, auprès desquels nous avons puisé avec la science la pratique médicale, veuillent bien agréer l'hommage respectueux d'un élève reconnaissant.

TENSION ARTÉRIELLE ET FRÉQUENCE DU POULS DANS LA PUERPÉRALITÉ

INTRODUCTION

De tout temps, on s'est aperçu que la circulation artérielle subissait des variations plus ou moins profondes pendant la grossesse. L'état du pouls des femmes en couches avait été observé par les anciens et sa fréquence, dans les derniers mois de la gestation, avait été notée par de nombreux observateurs.

Les recherches modernes de Blot, Falaschi, Louge, sont venues compléter tous les travaux parus jusqu'à ce jour sur le pouls puerpéral physiologique.

Grâce aux tracés sphigmographiques, on a pu enregistrer, sous toutes ses formes, les moindres nuances de la pulsation cardiaque sous l'influence de la grossesse et surtout du travail et des suites de couches.

Mais, d'après Louge, le sphigmographe qui traduit avec fidélité la forme de la pulsation artérielle ne nous fait nullement

connaître l'état de la tension artérielle chez la femme enceinte.

Marey pense également que le sphigmographe ne donne que l'expression des variations en plus ou en moins de la tension artérielle, variations qu'il traduit par des oscillations plus ou moins grandes, selon qu'il est plus ou moins sensibilisé. En réalité, dit-il, ce n'est pas avec le sphigmographe, mais avec le sphigmomètre qu'il faut étudier cette question si intéressante de la tension artérielle chez les femmes enceintes.

Enfin, d'après Vinay, le sphigmographe est incapable d'indiquer la pression exacte du sang dans les artères, tandis que le sphigmomètre traduit fidèlement les modifications de pression qui surviennent dans l'artère radiale.

Lorsque, grâce à la découverte du professeur Potain, le sphigmographe entra dans la pratique médicale, on s'en est servi pour étudier l'état de la tension artérielle chez la femme enceinte. Citons en passant la thèse de Chapou, de Paris, le travail de MM. Queirel et Reynaud, les publications récentes de Vaquez et Nobécourt sur la circulation artérielle dans l'éclampsie.

Aucun des auteurs qui ont étudié les variations de la tension artérielle sous l'influence de la puerpéralité, n'a noté ses rapports avec la fréquence du pouls.

Il nous a donc paru intéressant d'associer dans notre étude ces deux facteurs de la circulation sanguine dans les états normaux et pathologiques de la puerpéralité : grossesse, accouchement, suites de couches.

Sachant combien les moindres impressions peuvent modifier l'état de la circulation sanguine chez la femme enceinte, nous avons toujours pris la tension et compté le nombre de pulsations tous les matins, à la même heure, quelques minutes après être rentré dans la chambre de la malade.

La tension a été toujours enregistrée par le sphigmomètre à

ressort de Verdin, et cet instrument nous a paru amplement suffisant pour les besoins de la clinique.

Comme artère, nous avons régulièrement choisi la radiale, au tiers inférieur de l'avant-bras et, de préférence, au niveau de l'apophyse styloïde, afin de pouvoir mieux l'écraser contre l'os.

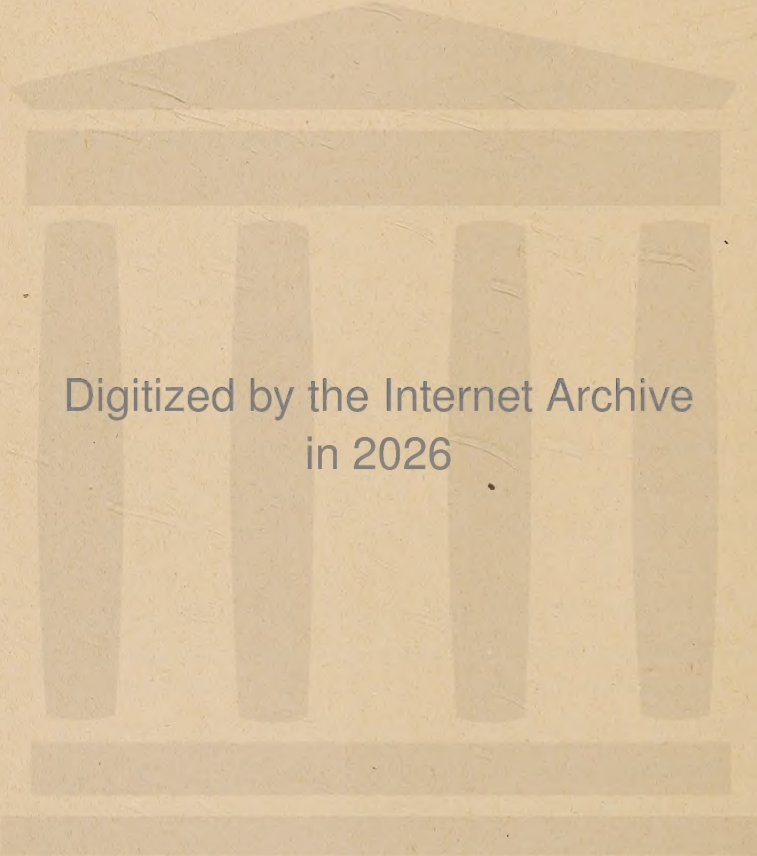
Nous avons pris les précautions suivantes : l'avant-bras est placé dans la position horizontale, la main en flexion légère ou en demi-pronation et inclinée sur le bord cubital ; le cubitus repose vers son extrémité sur le genou fléchi...

Nous prenons toujours soin de ne pas comprimer l'artère au delà de ce qui est nécessaire. Pour cela, dès que les battements disparaissent, nous relâchons un peu la compression jusqu'à ce que les battements reparaissent, nous comprimons ensuite, nous relâchons encore ; par tâtonnements successifs, nous pensons avoir ainsi apprécié la tension à une demi-division près.

Néanmoins, on est parfois sujet à se tromper : les pressions très basses, dues aux grandes hémorragies de la délivrance, sont souvent difficilement mesurables, car le pouls est alors à peine perceptible. Les pressions trop fortes, comme dans l'éclampsie, produisent un effet inverse. On est à bout de forces, lorsqu'on approche du chiffre qui les détermine et l'on risque fort de rester en deçà.

De plus, certains poignets se prêtent mal à l'exploration : les uns sont trop gras, les autres trop maigres ; dans ce cas, les indications fournies par le sphigmomètre varient avec l'épaisseur des parties molles qui entourent l'artère et leur degré de résistance.

Nous avons cependant tâché d'éviter en partie ces erreurs, en répétant l'exploration sphigmométrique dans des conditions toujours identiques relativement au mode d'application de l'instrument et en la faisant toujours avec une attention suffisante.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

OBSERVATIONS NORMALES

OBSERVATION PREMIÈRE

(Résumée)

Ch. Aug., 24 ans, primipare ; O I G A.

Durée du travail : 12 heures.

Durée de l'expulsion : 2 heures.

N'a pu être observée pendant la grossesse ; entre avec une dilatation de 5 francs.

	Pouls	Tens.		Pouls	Tens
Dilatation 5 frs . . .	78	13	2me jour	64	13,5
Dilatation complète.	76	14	3me —	64	13,5
Expulsion	76	17	4me —	60	13
Après l'expulsion. . .	70	15	5me —	66	13,5
Après la délivrance .	78	14	6me —	70	14
			7me —	80	13
<i>Suites de couches</i>			8me —	76	14
1er jour	66	14	9me —	72	14

La température a été toujours normale ; jamais il n'y a eu d'albumine dans les urines.

OBSERVATION II

(Résumée)

Ir. M..., 22 ans, primipare ; O I G A.

Durée du travail : 9 heures.

Durée de l'expulsion : 4 heure.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois de gross .	13	76	2me jour	16	76
Dilatation 2 frs . .	16	74	3me —	15,5	72
Dilatat. complète .	17	74	4me —	15,5	72
Fin de l'expulsion .	19	74	5me —	14	78
Après l'expulsion .	16	72	6me —	14	70
Après la délivrance .	15	82	7me —	14,5	68
<i>Suites de couches</i>			8me —	14	70
1er jour.	16,5	70			

Au moment de la délivrance, il s'est produit une légère hémorragie, ce qui a retardé le ralentissement physiologique du pouls et a légèrement abaissé la tension.

Température normale.

Pas d'albumine dans les urines.

OBSERVATION III

Barb..., 22 ans, primipare ; O I D P.

Durée du travail : 24 heures.

Durée de l'expulsion : 1/2 heure.

La femme rentre à l'hôpital au moment du travail.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
Dilatation 5 frs . . .	15	72	2me jour.	14	64
Expulsion	18	74	3me —	14	60
Après l'accouchem. . .	14	72	4me —	13,5	68
Après la délivrance. .	15	70	5me —	14	66
<i>Suites de couches</i>			6me —	13	60
1er jour.	15	64			

OBSERVATION IV

Teiss. M..., 24 ans, primipare ; O I D P.

Durée du travail : 13 heures.

Durée de l'expulsion : 1 heure.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois grossesse. .	12	88	2me jour	15	84
Dilatation 2 frs . . .	14	90	3me —	14	78
Fin expulsion.	17	80	4me —	14	82
Après l'accouchem. . .	14	82	5me —	13,5	88
Après la délivrance . .	15	84	6me —	13	90
<i>Suites de couches</i>					
1er jour.	15	76			

Remarque. — Hémorragie peu abondante après l'expulsion ; c'est d'ailleurs la seule raison qu'on puisse invoquer pour expliquer l'absence de ralentissement du pouls.

OBSERVATION V

Alez... Th..., 28 ans, primipare ; O I D P.

Durée du travail : 28 heures.

Durée de l'expulsion dépasse 3 heures.

Inertie utérine : forceps.

	Tens.	Pouls	<i>Suites de couches</i>	
Dilatation complète.	15	76		
Expulsion	16	80		
99 min. av. forceps .	14	82		
Inertie utérine : hé-				
morragie, délivran-				
ce artificielle. . .				
Après la délivrance .	10	96		
			Tens.	Pouls
			1er jour.	11 80
			2me —	11,5 84
			3me —	12 80
			4me —	12 82
			5me —	12 92
			6me —	13 86
			7me —	13 88
			8me —	13 84

A noter dans cette observation la chute de la tension coïncidant avec l'inertie utérine et l'hémorragie de la délivrance.

La tension artérielle s'est élevée de 10 à 11 centimètres après l'injection de 250 grammes de sérum artificiel.

Dans les suites de couches l'hypotension s'atténue graduellement, mais le pouls reste toujours rapide oscillant au-dessus de 80 pulsations.

OBSERVATION VI

(Résumée)

Raset, 23 ans, primipare ; O I G A.

Durée du travail : 10 heures.

Durée de l'expulsion : 1/2 heure.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois grossesse.	12	80	2me jour	12,5	76
Fin expulsion . . .	18	90	3me —	13	82
Après l'expulsion. .	15	78	4me —	13	80
Après la délivrance .	12	90	5me —	14	72
			6me —	14	70
			7me —	14	72
			8me —	14	68
<i>Suites de couches</i>					
1er jour.	12	84			

Remarque. — Au moment de la délivrance il se produit une

hémorragie d'abondance moyenne ; le pouls, qui avait déjà commencé à se ralentir aussitôt après l'expulsion fœtale, s'accélère de nouveau ; la tension s'abaisse jusqu'à 12 cm. et ne se relève pour atteindre la normale que le cinquième jour des couches.

OBSERVATION VII

(Résumée)

Henn. R..., 25 ans, primipare ; O I D P.

Durée du travail : 34 heures.

Durée de l'expulsion : 4 heure.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois grossesse.	13	76	3me jour	14	74
Dilatation 5 frs	14	90	4me —	14	80
Expulsion	17	90	5me —	13	72
Après l'expulsion	14	92	6me —	13	78
Après la délivrance	15	94	7me —	14	74
<i>Suites de couches</i>			8me —	14	76
1er jour.	15	81	9me —	13	80
2me —	15	78	10me—	13	72

Le ralentissement du pouls est peu marqué dans cette observation, sans aucun rapport, comme on peut le voir, avec l'hypertension artérielle.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

Cay., primipare ; O I G A.

Durée du travail : 10 heures.

Durée de l'expulsion : 1 heure.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois de gross .	13	84	2me jour	15	72
Dilatation complète .	16	76	3me —	14	70
Expulsion	18	78	4me —	14	72
Après l'accouchem .	15	80	5me —	14	68
Après la délivrance .	14	84	6me —	13	68
<i>Suites de couches</i>			7me —	14	64
1er jour.	15	68			

Note. — Dans cette observation on note la courbe du pouls à ralentissement franc observé par Louge.

OBSERVATION IX

(Résumée)

Martin, 22 ans, primipare ; O I G A.

Durée du travail : 30 heures.

Durée de l'expulsion : 3 h. 30 (forceps).

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
Dilatation 5 frs . . .	16	88	2me jour	14,5	80
Expulsion	18	92	3me —	14	84
Après le forceps . .	14	84	4me —	14,5	82
Après la délivrance .	15	92	5me —	14	84
<i>Suites de couches</i>			6me —	14	80
1er jour.	15	64	7me —	14	80

Température normale ; pas d'albumine dans les urines.

OBSERVATION X

(Résumée)

Rouss..., 27 ans, primipare ; O I D P.

Durée du travail : 18 heures.

Durée de l'expulsion : 3 heures.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois de gross	13	78	2me jour	16	68
Dilatation 5 frs	15	78	3me —	15	58
Dilatation complète	16	80	4me —	15	74
Expulsion	18	84	5me —	14	68
Après l'expulsion	15	70	6me —	14	76
Après la délivrance	16	78	7me —	14	80
<i>Suites de couches</i>			8me —	14	78
1er jour	16	68	9me —	13,5	72

OBSERVATION XI

(Résumée)

Lev. J..., 21 ans, primipare ; O I G A.

Durée du travail : 25 heures.

Durée de l'expulsion : 2 heures.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9 mois de gross	12	82	2me jour	15	72
Dilatation complète	16	70	3me —	15	60
Expulsion	18	72	4me —	14	80
Avant le forceps	16	78	5me —	14	72
Après	14	76	6me —	15	64
Après délivrance	16	68	7me —	15	60
<i>Suites de couches</i>					
1er jour	16	60			

OBSERVATION XII

(Résumée)

Benev., primipare, 18 ans ; S I G A.

Durée du travail : 8 heures.

Expulsion ?

	Tens. Pouls			Tens. Pouls	
9me mois grossesse .	12	82	2me jour	15	80
Dilatation complète .	15	84	3me —	15	92
Expulsion	17	90	4me —	14	78
Après l'expulsion . .	15	92	5me —	14	82
Après la délivrance .	16	96	6me —	15	90
<i>Suites de couches</i>			7me —	14	84
1er jour	16	78	8me —	14	84

Note. — Le ralentissement du pouls ne s'est pas produit chez cette malade.

OBSERVATION XIII

(Résumée)

Donad., 35 ans, primipare ; O I G A.

Durée du travail : 6 heures.

Expulsion : 1/2 heure.

	Tens. Pouls			Tens. Pouls	
9me mois grossesse .	12	86	2me jour	15	70
Dilatation complète .	16	84	3me —	15	72
Expulsion	18	84	4me —	15	76
Après l'expulsion . .	16	86	5me —	14	80
Après la délivrance .	17	84	6me —	14	60
<i>Suites de couches</i>			7me —	14	70
1er jour	16	66	8me —	14	78

OBSERVATION XIV

Padov. J..., 26 ans, multipare de 3 ; O I D P.

Durée du travail : 8 heures.

Expulsion : 1/2 heure.

Hémorragie délivrance.

	Tens. Pouls			Tens. Pouls	
9me mois grossesse .	12	90	2me jour	15	68
Fin de l'expulsion. .	16	94	3me —	14	90
Après l'expulsion. .	15	92	4me —	14	82
Après la délivrance .	14	96	5me —	13	76
<i>Suites de couches</i>			6me —	14	66
			7me —	14	64
1er jour	15	84	8me —	14	60

Note. — La chute de la tension après la délivrance doit être attribuée à la légère hémorragie qui a lieu.

OBSERVATION XV

Foulap, 18 ans, secondipare ; O I D P.

Durée du travail : 8 heures.

Durée de l'expulsion : 3/4 d'heure.

	Tens. Pouls			Tens. Pouls	
9me mois grossesse .	12	80	2me jour	15	76
Dilatation 2 frs . .	14	70	3me —	14	80
Expulsion	16	74	4me —	14	80
Après l'expulsion. .	14	80	5me —	13	76
Après la délivrance .	16	74	6me —	14	74
<i>Suites de couches</i>			7me —	14	70
1er jour	15	64			

OBSERVATION XVI

Dalb. Cath., 32 ans, secondipare ; O I D P.

Durée du travail : 7 heures.

Durée de l'expulsion : 1/2 heure.

	Tens. Pouls			Tens. Pouls	
Dilatation 5 frs	14	72	3me jour	14	68
Expulsion	16	80	4me —	14	72
Après l'expulsion. . . .	13	78	5me —	15	64
Après délivrance	14	74	6me —	15	68
			7me —	14	66
<i>Suites de couches</i>			8me —	14	66
1er jour.	14	64	9me —	13	58
2me —	13	80	10me —	14	60

Note. — Le ralentissement physiologique du pouls commence aussitôt après l'expulsion : l'hypertension est moins marquée que chez les primipares.

OBSERVATION XVII

Guét. R..., 26 ans, secondipare ; O I G A.

Durée du travail : 9 h. 1/2.

Application de forceps.

	Tens. Pouls			Tens. Pouls	
9me mois grossesse . . .	12	76	2me jour.	14	76
Expulsion	15	76	3me —	15	60
Après le forceps	13	78	4me —	15	68
Après la délivrance . . .	15	72	5me —	14	62
			6me —	14	60
<i>Suites de couches</i>			7me —	14	56
1er jour.	14	72			

OBSERVATION XVIII

Laur., 29 ans, secondipare ; O I D P.

Durée du travail : 22 heures.

Durée de l'expulsion : 1 heure.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois grossesse .	13	76	2me jour.	15	70
Dilatation complète .	15	96	3me —	15	78
Expulsion	16	98	4me —	14	68
Après l'expulsion. . .	15	96	5me —	14	72
Après la délivrance .	16	92	6me —	13	68
			7me —	14	64
			8me —	14	68
<i>Suites de couches</i>					
1er jour.	16	80			

OBSERVATION XIX

Maur., 36 ans, secundipare ; O I G A.

Durée du travail : 18 heures.

Durée de l'expulsion : 3/4 d'heure.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois grossesse .	12	76	2me jour.	14	74
Dilatation 5 frs. . .	14	80	3me —	14	72
Dilatation complète .	15	84	4me —	14	60
Expulsion	16	86	5me —	13	72
Après l'expulsion. . .	15	88	6me —	14	60
Après délivrance . .	15	80	7me —	13	70
<i>Suites de couches</i>					
1er jour.	15	70			

Température normale ; pas d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XX

Chast, 22 ans, multipare de 4 ; O I G A.

Durée du travail : 18 heures.

Expulsion : 1/2 heure.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
Dilatation 2 frs . . .	14	70	2me jour	14	60
Dilatation complète	15	72	3me —	14	56
Expulsion.	16	74	4me —	13	76
Après l'expulsion . . .	14	72	5me —	13	72
Après la délivrance.	14	64	6me —	13	60
<i>Suites de couches</i>			7me —	14	52
1er jour.	14	64	8me —	14	54

OBSERVATION XXI

Buff..., 24 ans, secondipare ; O I D P.

Durée du travail : 8 heures.

Durée de l'expulsion : 2 heures.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois grossesse . .	12	82	2me jour.	15	66
Dilatation 2 frs . . .	14	80	3me —	14,5	58
Expulsion	16	82	4me —	15	66
Après l'expulsion. . .	14	90	5me —	15	60
Après la délivrance . .	15	84	6me —	14	70
<i>Suites de couches</i>			7me —	14	60
1er jour	15	62			

OBSERVATION XXII

Fasc..., 23 ans, secondipare ; O I G A.

Durée du travail : 20 heures.

Expulsion : 1/2 heure.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois grossesse . .	13	68	2me jour.	15	64
Dilatation 2 frs . . .	14	70	3me —	15	60
Dilatation complète .	16	72	4me —	15	68
Expulsion	17	74	5me —	14	58
Après l'expulsion. . .	15	70	6me —	15	60
Après la délivrance .	16	68	7me —	14	56
<i>Suites de couches</i>			8me —	14	62
1er jour	16	70	9me —	14	60

OBSERVATION XXIII

Sev..., 34 ans, multipare de 3 ; position transversale.

Durée du travail : 8 heures.

Version par manœuvres internes.

	Tens.	Pouls		Tens.	Pouls
9me mois grossesse . .	13	70	2me jour.	15	52
Début travail	14	68	3me —	15	60
Dilatation complète .	15	68	4me —	14	52
Après la version . . .	15	80	5me —	14	60
Après la délivrance .	16	72	6me —	13	60
<i>Suites de couches</i>			7me —	14	56
1er jour	16	54	8me —	13	62

OBSERVATION XXIV

Infection puerpérale légère

Prévos..., 25 ans, secondipare ; OIGP.

Durée du travail : 18 heures.

Expulsion : 2 heures.

	Tens.	Pouls		Temp.	Tens.	Pouls
Dilatation 5 frs . . .	15	64	2me jour. Matin	40	{ 13	112
Expulsion	16	72	— Soir .	38,8		
Ap. l'appl. de forceps	14	88	3me jour. Matin	38,6	{ 14	98
Après la délivr. artif.	14	98	— Soir .	37,8		
<i>Suites de couches</i>			4me jour. Normale	14		88
	Temp.	Tens.	Pouls	5me —	—	13 88
1er jour. Matin	38	{ 14	120	6me —	—	14 86
— Soir .	39					

Note. — La malade sort sur sa demande le septième jour ; malgré l'élévation de la température à 39°, malgré la fréquence du pouls, la tension oscille aux environs de 14 cm. ; les injections utérines ont toujours amené avec un abaissement de température une légère élévation de la tension artérielle et une diminution accentuée de la fréquence extrême du pouls ; on n'a pas fait dans ce cas d'injections de sérum antistreptococcique.

OBSERVATION XXV

Infection puerpérale légère

Alex. Elis..., 30 ans, primipare.

	Temp.	Tens.	Pouls		Temp.	Tens.	Pouls
1er jour. Matin				6me jour. Matin	37	{ 12	88
— Soir .				— Soir .	39		
2me jour. Matin	{ 38	{ 14	?	7me jour. Matin	37	{ 11	96
— Soir .				— Soir .	38		
3me jour. Matin	37,8	{ 13	86	8me jour . . .	37,5	12	80
— Soir .	39			9me jour . . .	—	13	66
4me jour. Matin	39	{ 12	94	10me jour. . .	—	13	60
— Soir .	39,6			11me jour. . .	—	13	56
5me jour. Matin	36,8	{ 12	96				
— Soir .	39						

Note. — Nous n'avons commencé à suivre cette femme que lorsqu'elle a fait de l'infection puerpérale : nous voyons

sous son influence la tension s'abaisser à 13, 12 et même 11 cm. ; le pouls après une accélération passagère coïncidant avec l'élévation de la température, se ralentit de nouveau vers le neuvième jour, lorsque l'infection a complètement disparu.

L'hypotension s'atténue également et le dixième jour nous trouvons 13 cm.

Les injections de sérum antistreptococcique n'ont donné dans ce cas aucun résultat sur l'état de la circulation sanguine.

OBSERVATION XXVI

(Résumée)

Infection puerpérale

Albert..., 20 ans, primipare ; O I D P.

Durée du travail : 9 heures.

Expulsion : 1/2 heure.

	Tens. Pouls			Tempér. Tens. Pouls		
9me mois grossesse .	13	78	2me jour . .		15	92
Dilatation 5 frs . .	15	78	3me — . .	38°	15	96
Dilatation complète .	16	78	4me — . .	38,2	14	100
Expulsion	18	78	5me — . .	37,8	14	88
Après l'expulsion . .	15	80	6me — . .	37,5	14	86
Après délivrance . .	16	78	7me — . .	N.	14	78
<i>Suites de couches</i>			8me — . .	N.	14	76
1er jour	16	72	9me — . .	N.	13	68

Dans cette observation un léger degré de température, indice d'une infection légère, a suffi pour retarder considérablement le ralentissement du pouls, lequel ne s'est ainsi produit que le neuvième jour.

OBSERVATION XXVII

(Résumée)

Infection puerpérale

Mic. L..., 25 ans, primipare ; O I D P.

Durée du travail : 3 jours.

Durée de l'expulsion : dépasse 3 heures.

Application de forceps.

	Tens. Pouls		<i>Suites de couches</i>		
				Temp.	Tens. Pouls
9me mois grossesse	12	76			
Dilatation 2 frs	15	80	1er jour.	16	92
— 5 frs	16	78	2me —	37°8	15 94
— complète	17	84	3me —	38	15 96
Expulsion	18	86	4me —	38	14 90
Avant l'application de			5me —	Normale	14 84
forceps	15	86	6me —	»	14 78
Après l'application de			7me —		14 68
forceps	14	84	8me —		14 66
Après la délivrance	14	90			

Remarques. — Chute de la tension de 3 cm avant l'application de forceps ; nouvel abaissement du sphigmomètre après la délivrance : ce dernier fait est très probablement dû à l'administration de chloroforme ; dès les premiers jours des suites de couches, sous l'influence d'un léger degré d'infection puerpérale, le pouls s'accélère sans que la tension subisse la moindre modification.

Le ralentissement du pouls ne se produit que le septième jour.

OBSERVATION XXVIII

Infection puerpérale

Br. M..., 28 ans, primipare.

Application de forceps ; inertie utérine ; hémorragie de la délivrance ; délivrance artificielle.

Suites de couches

	Temp.	Tens.	Pouls		Temp.	Tens.	Pouls
1er jour . .	38°4	13	128	6me jour . .	37°	12	102
2me — . .	38,8	13	124	7me — . .	37	13	96
3me — . .	39	13	120	8me — . .	37	13	90
4me — . .	38,4	12	120	9me — . .	37	13	92
5me — . .	38	12	112				

Remarque. — Deux éléments entrent ici en cause pour expliquer l'hypotension et la tachycardie : d'une part l'action mécanique de l'hémorragie, d'autre part l'action toxi-infectieuse de l'infection. Les deux concourent ensemble au même but : abaisser la tension artérielle et accélérer le pouls. C'est pourquoi nous trouvons un pouls extrêmement rapide, une température peu élevée, avec un degré d'infection puerpérale très légère.

De plus, cette observation nous montre que la femme en couches, surtout lorsqu'elle a été affaiblie par des pertes hémorragiques, est plus sensible à tous les états toxi-infectieux qui l'atteignent.

OBSERVATION XXIX

Infection puerpérale

Lud... Ens..., 19 ans, primipare.

L'accouchement a lieu à terme.

Chloro-anémie très accentuée.

Léger souffle à la pointe ; souffle dans les jugulaires ; décoloration marquée des téguments et des muqueuses.

Suites de couches

	Temp.	Tens.	Pouls		Temp.	Tens.	Pouls
1er jour .	?	?	?	7me jour .	37°	12	100
2me — .	38,4	12	120	8me — .	37	12	112
3me — .	38,2	13	108	9me — .	37,3	11	120
4me — .	38,2	13	104	10me — .	37,3	12	110
5me — .	38,4	11	120	11me — .	37,3	12	104
6me — .	37,8	12	116	12me — .	37,3	12	100

Remarque. — Cette observation peut être rapprochée de la précédente avec laquelle elle offre plus d'un point d'analogie ; l'affaiblissement marqué de la malade la rend extrêmement sensible à la plus légère infection ; la circulation sanguine subit de grands écarts, parce que le système nerveux anémié n'exerce plus son action vaso-constrictive sur les vaisseaux, parce que tout le système circulatoire est atteint d'asthénie cardio-vasculaire.

OBSERVATION XXX

Infection puerpérale grave

Dem... obs..., 18 ans ; primipare ; placenta prævia : forceps... ; rentre de la ville avec une dilatation presque complète.

Dès le deuxième jour des suites de couches, la malade se plaint de douleurs dans le bas ventre, et quoique la température soit normale, le pouls est déjà très rapide, le sphigmo-mètre marque seulement 12 cm.

Le soir du troisième jour le thermomètre monte à 39° ; tension, 11 ; pouls, 120.

L'injection intra-utérine ne donne aucune amélioration ; elle n'a aucun effet marqué, soit sur la fréquence du pouls, soit sur l'hypotension artérielle.

Le quatrième jour, surviennent de la diarrhée, du ballonnement du ventre, quelques nausées ; pas de vomissements. T., 38° ; tension, 10 ; pouls, 130.

Le cinquième jour, l'état général s'aggrave de plus en plus, malgré les injections du sérum antistreptococcique qui n'eut aucun résultat.

	Température	Tension	Pouls
6me jour	39°	9	140
7me —	38 8	9	140
8me —	39	9	136
9me —	38	8	140

Après avoir présenté du délire dans les trois derniers jours, la malade meurt dans le coma.

En résumé, notons dans cette observation une intoxication

très grave qui s'est produite dès le début des suites de couches : cette intoxication s'est traduite particulièrement par un abaissement précoce et considérable de la tension artérielle, par une accélération extrême du pouls, sans que le thermomètre ait pu par lui seul indiquer l'état grave de cette infection puerpérale.

L'hypotension coïncidant dans ce cas avec une tachycardie marquée est un élément plus important à considérer que l'élévation de température : elle seule indique l'atteinte grave de l'organisme.

OBSERVATION XXXI

Infection puerpérale légère. — Phlébite tardive

Jeanne Olib..., 25 ans, primipare.

Présentation transversale de l'épaule droite en position gauche ; version par manœuvres internes.

Suites de couches

	Température	Tension	Pouls
1er jour	37°5	13	104
2me —	37 8	13	108
3me —	38 2	12	110
4me —	37 8	13	106
5me —	37 4	13	96
6me —	37 3	13	100
7me —	37 2	12	104
8me —	37 1	12	98
9me —	37	13	100

A partir du dixième jour nous ne prenons plus la tension ; seulement nous sommes frappés par la persistance de la

tachycardie, malgré la chute de la température, malgré l'absence de phénomènes pathologiques généraux.

Le quinzième jour, on permet à la femme de se lever ; quelques heures après s'être levée, la femme est prise brusquement d'une vive douleur dans la cuisse et la jambe gauches. Le soir du même jour apparaît l'œdème qui occupe d'abord les malléoles et gagne bientôt tout le membre. La température s'élève de nouveau à 38°5, pour retomber à la normale le lendemain. Le pouls, qui avait toujours oscillé entre 94 et 100 pulsations, remonte de nouveau à 108, puis s'abaisse graduellement les jours suivants. Le neuvième jour après le début de la phlébite, nous le trouvons égal à 86 pulsations.

La malade est de nouveau remise au repos au lit ; immobilité dans une gouttière ; pansement au chlorhydrate d'ammoniaque ; 18 jours après, elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXXII

Infection puerpérale grave

Mg... Urs..., primipare, 22 ans ; forceps ; déchirure du périnée... Infection puerpérale consécutive ; péritonite...

Suites de couches

	Température	Tension	Pouls
2me jour.	38°	?	?
3me —	39	12	110
4me —	39	11	112
5me —	39	10	120
6me —	38 8	9	130
7me —	38 6	9	140

La malade meurt le huitième jour dans le délire ; les symptômes locaux ont été très atténués. La malade a présenté quelques vomissements vers le quatrième jour ; la diarrhée néanmoins a débuté dès les premiers jours ainsi que le ballonnement ; le ventre a été à peine douloureux à la pression.

Les injections de sérum de Marmorek ont été inutiles ; les injections intra-utérines n'ont pas empêché l'infection de se généraliser au péritoine. Les injections sous-cutanées de sérum artificiel n'ont pu réussir à relever la tension artérielle.

Dans cette observation également, l'hypotension précoce et progressive, non influencée par les injections intra-utérines, ni par les injections de sérum artificiel, et coïncidant avec une tachycardie très accentuée, ont permis de porter un pronostic grave.

L'intoxication puerpérale s'annonce se traduisant dès le début par une dépression si considérable de la circulation sanguine, échappe, en général, aux ressources thérapeutiques.

OBSERVATION XXXIII

Infection puerpérale grave

Luc... Eus., 20 ans, primipare ; O I O P.

Rigidité du col, baséotripsie. Infection puerpérale grave. Ictère infectieux.

La femme entre à l'hôpital dans le deuxième jour du travail ; la dilatation est à peine de 3 frs., le col dur et rigide...

Le troisième jour, la dilatation n'est guère plus avancée ; la température monte à 38°4 ; intervention obstétricale.... dilatation manuelle ; trois applications de forceps restent inutiles. Pendant le temps qu'on met pour aller avertir M. le profes-

seur Queirel, le fœtus succombe ; on pratique alors la baséotripsie.

Dès les premiers jours des suites de couches, la femme présente une teinte subictérique ; elle a des vomissements de bile très abondants ; les matières fécales sont décolorées ; nombreux pigments biliaires dans les urines ; vers le huitième jour, le ventre se ballonne et des lochies fétides apparaissent... en même temps la malade a deux épistaxis abondants.

Le huitième jour, hématomèse assez abondante. La malade est constamment dans le délire et meurt dans le coma.

	Température	Tension	Pouls
2me jour . . .	39°	13	116
3me — . . .	38 6	13	112
4me — . . .	39 2	12	120
5me — . . .	39 4	11	136
6me — . . .	40	10	128
7me — . . .	38 5	10	120
8me — . . .	39	9	130

Remarque. — Il s'est produit dans ce cas, à côté d'une infection puerpérale grave, une infection du parenchyme hépatique par les streptocoques charriés par le sang et puisés au niveau de la plaie générale...

Hypotension au-dessous de 10, tachycardie persistant au-dessus de 120, température élevée, traduisent d'une façon bien nette la lutte et la déchéance de l'organisme vaincu par l'intoxication infectieuse.

OBSERVATION XXXIV

Albuminuriques : éclampsiques

Gel... Catherin.., 40 ans, multipare de 4 ; rien à noter dans ses antécédents pathologiques personnels. Entre à l'hôpital au huitième mois de sa grossesse avec de l'œdème des membres inférieurs et de la bouffissure du visage, de la céphalalgie, de l'oligurie.

Dès son entrée, purgatif salin, repos au lit, régime lacté exclusif ; le premier jour, la malade esquisse une légère attaque d'éclampsie qui n'est suivie d'aucune autre.

Le troisième jour se déclarent des symptômes de travail et la femme accouche spontanément d'un fœtus mort.

	Albumine	Tension	Pouls
1er jour, avant l'accouchement.	2 gr.	18	80
2me —	1 —	17	90
3me —	1 —	16	96

Suites de couches

1er jour.	1 gr.	16	96
2me —	1 —	15	98
3me —	0,50	14	100
4me —	0,10	14	102
5me —	traces	13	96
6me —	0 —	13	96
7me —	0 —	12	96
8me —	0 —	12	94

Remarque. — Parmi les signes précurseurs de l'éclampsie, aucun n'a une valeur aussi importante que l'hypertension arté-

rielle. Dans cette observation la quantité d'albumine contenue dans les urines, la céphalalgie légère, les œdèmes peu accentués n'auraient pu, d'aucune façon, nous donner la mesure exacte du degré d'intoxication gravidique chez cette malade. Seule l'hypertension artérielle, s'élevant jusqu'à 18 cm., a été le prodrome avant-coureur d'une attaque d'éclampsie. Notons également la diminution rapide de l'albumine urinaire aussitôt après l'accouchement et l'abaissement de la tension jusqu'au dessous de la normale, alors que le pouls reste rapide, oscillant au-dessus de 90 pulsations.

OBSERVATION XXXV

Berth... Vict..., 26 ans, primipare ; scarlatine à l'âge de 16 ans ; entre à l'hôpital dans le huitième mois de sa grossesse ; à son entrée, on note de l'œdème généralisé aux membres inférieurs, aux parois abdominales, de la bouffissure de la face, de la boursouffure des paupières.

Ces œdèmes ont débuté deux mois auparavant par les mal-léoles ; puis, graduellement, ont apparu des troubles digestifs, des vomissements fréquents, de la céphalalgie, des troubles de la vue. La veille de son entrée à l'hôpital, la malade a déjà eu trois crises d'éclampsie.

Comme traitement, on ordonne un lavement purgatif, le régime lacté, le repos au lit, 2 grammes de chloral en potion. Le troisième jour déjà l'état d'excitation extrême de la malade se calme un peu, mais la quantité d'albumine reste toujours très élevée.

Le sixième jour, la femme accouche spontanément d'un fœtus qui se présente par le siège.

Après l'accouchement, l'albuminurie diminue rapidement, la céphalalgie s'atténue de plus en plus ; les troubles de la vue persistent plus longtemps et ne disparaissent que vers le huitième jour.

	Albumine	Tension	Pouls
1er jour avant l'accouchement.	15 gr.	17	82
2me —	14 —	16	84
3me —	12 —	16	80
4me —	10 —	15	80
5me — (phénom. de travail) .	8 —	16	80

Suites de couches

1er jour	7 gr.	17	108
2me —	6 —	15	108
3me —	5 —	15	106
4me —	3 —	14	124
5me —	2 —	13	128
6me —	? —	12	124
7me —	1 —	13	120
8me —	0,50 —	12	124
9me —	0,25 —	12	112
10e —	traces —	12	116
—	—	12	108

Remarque. — Cette observation, rapprochée de la précédente, nous montre que la tension et le taux de l'albumine urinaire sont loin de suivre une courbe parallèle : dans l'observation 34 une hypertension de 18 cm. coïncide avec 2 gr. d'albumine ; dans l'observation 35 nous trouvons une hypertension de 17 cm. seulement pour 15 gr. d'albumine ; ces deux facteurs, albumine et hypertension, sont donc indépendants l'un de l'autre. Ils peuvent se compléter l'un par l'autre

et être tous deux la manifestation de l'auto-intoxication gravidique ; celle-ci sera d'autant plus grave que leur courbe sera plus haute et parallèle.

OBSERVATION XXXVI

Mar... S..., 17 ans, primipare ; accouche en ville au sixième mois de sa grossesse ; aurait eu quelques crises d'éclampsie avant son entrée à l'hôpital, qui a lieu le deuxième jour des suites de couches. La malade fait de la manie puerpérale pendant environ une semaine ; elle quitte le service le dixième jour.

	Albumine	Tension	Pouls
2me jour. . . .	3 gr.	16	96
3me —	1 — 5	15	108
4me —	1 — 5	14	102
5me —	1 —	12	98
6me —	0 gr. 5	12	96
7me —	traces	12	96
8me —	0 gr.	12	98
9me —	0 —	12	94

Remarque. — Abaissement parallèle de l'albumine et de la tension dans les suites de couches ; persistance de la tachycardie après la guérison.

OBSERVATION XXXVII

Éclampsie

Oz... Louise, 25 ans, primipare ; rien à noter dans ses antécédents, entre le 25 mai 1903, à la maternité, après avoir eu cinq accès d'éclampsie, chez elle, en ville.

Dès son entrée, la malade est dans un état d'agitation extrême ; les crises convulsives se répètent, malgré les inhalations continues de chloroforme ; à 10 heures du soir, on pratique une saignée de 300 gr. ; on donne des lavements de chloral. Dans la nuit, la malade accouche spontanément d'un fœtus mort, à terme.

Le premier jour des suites de couches, l'accouchée a encore quatre nouveaux accès d'éclampsie.

Le lendemain, l'état général est meilleur, le coma s'atténue ; la malade ouvre les yeux et répond assez bien aux questions qu'on lui adresse.

La céphalalgie persiste encore et disparaît vers le cinquième jour. Le dixième jour, la femme sort à peu près guérie, ayant encore 0 gr. 25 d'albumine dans les urines.

	Albumine	Tension	Pouls
A son entrée à l'hôpital	11	17	132
Après la saignée	?	16	128

Suites de couches

1er jour	4 gr.	17	132
2me —	3 —	15	88
3me —	3 —	15	84
4me —	2 —	14	92
5me —	1,50	14	96
6me —	1 gr.	13	100
7me —	1 —	13	92
8me —	0,50	14	86
9me —	0,25	14	96

Remarque. — Abaissement léger de l'hypertension sous l'influence de la saignée ; action nulle de cette dernière sur les crises d'éclampsie ; diminution rapide du taux de l'albu-

mine après l'accouchement ; retour de la tension à l'état normal vers le sixième jour des couches ; persistance de la tachycardie au moment de la guérison.

OBSERVATION XXXVIII

Éclampsie

Escaw... J..., 32 ans, secondipare ; a déjà eu des crises légères d'éclampsie lors de son premier accouchement.

Cette femme présente tous les stigmates du rachitisme : taille petite, colonne vertébrale déformée, thorax aplati, chapelet costal, voussure et déformations des membres, rétrécissement annelé du bassin : le diamètre sous-promonto-pubien = 8 cm. 5 ; la présentation du fœtus, transversale pendant la grossesse, se transforme en sommet au moment de l'accouchement.

La femme avait des traces d'albumine pendant la grossesse ; après un travail qui dure 20 heures, elle expulse spontanément un fœtus vivant, couvert de pemphigus syphilitique.

La tension prise, après la délivrance, marque 17 et le pouls bat, à ce moment, 82 pulsations.

Huit heures après l'accouchement, la femme est prise d'un accès d'éclampsie suivi de coma et d'aphasie complète ; on donne 6 gr. de chloral et un lavement purgatif.

Le lendemain le coma a presque disparu, mais l'aphasie persiste jusqu'au quatrième jour.

	Albumine	Tension	Pouls
Après la délivrance	?	17	80

Suites de couches

1er jour.	1,75	19	104
2me —	0,50	17	80

	Albumine	Tension	Pouls
3me —	traces	16	78
4me —		15	76
5me —		14	72
6me —		14	68
7me —		14	66
8me —		13	68

Remarque. — Cette observation nous montre un bel exemple d'éclampsie puerpérale éclatant dans les suites des couches aussitôt après le travail de l'accouchement, et cela malgré la faible quantité d'albumine contenue dans les urines. Notons l'hypertension artérielle de 19 cm. alors que le taux de l'albumine égale à peine 1 gr. 75.

Le ralentissement physiologique du pouls des couches se produit le cinquième jour après l'accouchement.

OBSERVATION XXXIX

Albuminurie

Rég. M..., 38 ans, multipare de 5; rentre au huitième mois de sa grossesse avec une présentation du sommet (O I D P).

Elle présente, à son entrée à l'hôpital, des vertiges, des œdèmes généralisés, de la céphalalgie.

Dans ses antécédents notons une dothiénthérie à l'âge de 22 ans.

Avant l'accouchement

	Albumine	Tens.	Pouls		Albumine	Tens.	Pouls
1er jour. . .	3 gr.	18	62	8me jour . .	5 gr.	16	64
2me — . . .	1 gr. 50	15	64	9me — . . .	5 —	15	62
3me — . . .	1 gr.	15	60	10me — . . .	6 —	16	64
4me — . . .	1 —	14	66				(Purg.)
5me — . . .	1 —	14	68	11me — . . .	3 —	14	68
6me — . . .	1 —	15	64	12me — . . .	3 —	14	62
7me — . . .	2 —	15	66	13me — . . .	2 —	13	72

Après l'accouchement

	Albumine	Tens.	Pouls		Album.	Tens.	Pouls
1er jour. . .	3 gr.	15	64	6me — . .	0 gr. 50	13	64
2me — . .	3 —	14	74	7me — . .	0 gr. 40	13	64
3me — . .	2 gr. 5	13	72	8me — . .	0 gr. 25	13	64
4me — . .	2 gr.	13	80	9me — . .	traces	13	64
5me — . .	1 gr. 50	13	66				

Remarques. — Hypertension considérable malgré la quantité peu abondante d'albumine dans les urines ; malgré le régime lacté, le repos au lit, persistance de l'hypertension et augmentation de l'albumine urinaire, laquelle s'atténue néanmoins, grâce à l'administration d'un purgatif. Influence favorable de l'accouchement sur la tension artérielle et le taux de l'albumine.

Absence de crises d'éclampsie ; ralentissement physiologique du pouls dans les suites de couches.

Cette observation doit être rapprochée de l'observation 38 dans laquelle nous notons également une hypertension considérable avec une faible quantité d'albumine dans les urines ; si l'élévation du taux de l'albumine urinaire coïncide presque toujours avec un certain degré d'hypertension, il n'en est pas moins vrai que l'élévation de la tension artérielle est un phénomène absolument indépendant de l'albuminurie. Les deux ne suivent pas forcément une courbe ascendante et parallèle.

La tachycardie de la guérison de l'éclampsie n'est pas non plus un phénomène constant, puisqu'on la voit faire défaut dans nos deux observations.

OBSERVATION XL

Coma éclamptique

S... Genev., 30 ans, multipare de 3. Entre à l'hôpital dans un état presque désespéré: dyspnée très accentuée, cyanose, pouls très rapide et presque imperceptible, anasarque généralisée, coma complet. L'analyse des urines n'a jamais été pratiquée pendant la grossesse.

Devant des symptômes si menaçants, M. le professeur Quei-rel pratique d'urgence la dilatation manuelle et extrait avec le forcéps un enfant mort-né, qui est à terme.

L'état général de la malade s'améliore considérablement aussitôt après cet accouchement artificiel: le coma s'atténue graduellement et disparaît complètement le troisième jour des suites de couches; la dyspnée ne persiste guère; le dixième jour, la femme quitte l'hôpital à peu près complètement guérie.

	Albumine	Tension	Pouls
Avant l'accouchement.	2 gr.	8	136
Après l'accouchement (sérum, caféine). ?		9	130

Suites de couches :

	Température	Albumine	Tension	Pouls
1er jour		1 gr. 50	10	130
2me —		1 gr.	10	130
3me —	38,5	0 gr. 50	11	126
4me —	38,3	traces	12	124
5me —	37,8	0	12	116
6me —	37,8	0	12	112
7me —		0	12	104

Remarques. — Si l'accouchement naturel, comme le prouvent toutes nos observations, peut avoir une influence considérable sur l'auto-intoxication gravidique, l'accouchement provoqué artificiellement dans les cas graves a le même résultat ; l'on peut ainsi, par une intervention opportune, sauver le plus souvent la vie de la mère et parfois la vie de l'enfant.

L'observation précédente nous offre un bel exemple d'interruption thérapeutique de la grossesse chez une femme à toute extrémité et qui doit certainement la vie à cette intervention.

Comme nous l'avons déjà vu par l'observation 37, l'hypotension au-dessous de 10 centimètres coïncidant avec une tachycardie extrême, est toujours l'indice d'une profonde auto-intoxication gravidique.

OBSERVATION XLI

Éclampsie gravidique

Saug... Ang..., 30 ans ; multipare de 6 ; a eu de l'albumine dans les urines lors de ses deux dernières grossesses, mais sans accès d'éclampsie... Entre à l'hôpital au septième mois de sa grossesse ; accès subintrants d'éclampsie ; coma dans leur intervalle ; pas d'élévation de température. Saignée de 300 gr., inhalations continues de chloroforme... Dix heures après son entrée dans le service d'accouchements, cette femme accouche spontanément d'un fœtus mort ; elle a encore quelques légers accès après la délivrance, mais dès le deuxième jour des suites de couches, la malade reprend insensiblement connaissance ; elle sort guérie peu de temps après.

Le taux de l'albumine qui, à l'entrée, égalait 14 gr., s'abaisse rapidement et, dès le troisième jour des couches, les urines ne contiennent plus d'albumine.

	Albumine	Tension	Pouls
Avant l'accouchement .	14 gr.	19	82
Après la saignée . . .	?	17	78

Suites de couches

1er jour	3 gr.	14	76
2me —	1 —	14	78
3me —	traces	13	84
4me —	0 —	13	94
5me —	0 —	13	92
6me —	0 —	12	90
7me —	0 —	13	88
8me —	0 —	13	88

Remarque. — Notons l'influence favorable de l'accouchement sur la diminution de l'albuminurie urinaire. Le taux de l'albumine, qui s'élève à 14 gr. avant le travail, s'abaisse brusquement à 3 gr., 1 gr. dès les premiers jours de couches. L'hypertension ne se maintient pas après l'accouchement, et dès le troisième jour nous observons une tension normale.

OBSERVATION XLII

Eclampsie : coma

Rab... N..., 25 ans, aurait eu trois grossesses accompagnées ou suivies d'accès éclamptiques.

Accouche prématurément au sixième mois, deux jours avant son entrée dans le service de gynécologie de M. le professeur Queirel.

Aurait eu déjà six à sept crises d'éclampsie.

La malade est dans le coma le plus absolu : il y a un peu d'ictère, de l'anasarque, de la dilatation pupillaire.

La température est de 35°8, la tension marque 40, le pouls 94.

Malgré les injections de sérum artificiel, de caféine, malgré les inhalations d'oxygène, l'état général ne s'améliore pas ; la tension s'abaisse encore et, quelques heures avant la mort, qui a lieu le deuxième jour de l'entrée, on trouve :

Température, 35° ; tension, 8 ; pouls, 108.

L'hypotension et l'abaissement de la température au-dessous de la normale n'ont été que les manifestations de l'asthénie cardio-vasculaire arrivée à son dernier degré, de la déchéance générale de l'organisme sous l'influence de l'auto-intoxication gravidique.

Hypotension et hypothermie doivent donc toujours dans l'éclampsie faire porter un pronostic grave, fatal.

OBSERVATION XLIII

Eclampsie

Post... J..., 22 ans, primipare ; fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans.

Entre à l'hôpital au commencement du travail avec 2 francs de dilatation ; aurait eu, avant son entrée, quelques légers accès d'éclampsie ; la femme expulse 4 heures après son entrée un fœtus vivant, à terme ; pas de crises d'éclampsie.

	Albumine	Tension	Pouls
Avant l'accouchement . .	9 gr.	18	90
Après — . .	—	17	74

Suites de couches

	Albumine	Tension	Pouls
1er jour	5 gr.	17	78
2me —	2 —	16	86

3me —	2 —	16	82
4me —	1 —	15	84
5me —	0 50	15	84
6me —	traces	15	80
7me —	0	14	82
8me —	0	14	80

OBSERVATION XLIII

Placenta prævia

Loug... M..., 36 ans; multipare de 7; entre à l'hôpital dans le septième mois de sa grossesse. Le travail aurait commencé depuis trois jours; mais il n'est guère avancé, puisque la dilatation est à peine de 50 centimes. Les hémorragies se sont répétées abondantes et fréquentes depuis quelques jours; la malade est considérablement affaiblie et anémiée; le poulx bat à 118 et le sphigmomètre marque 11 cm.

La fréquence du poulx, dépassant 100 pulsations, l'abaissement de la tension coïncidant avec les autres symptômes d'anémie par spoliation mécanique, nous paraissent des indications suffisantes pour activer la marche du travail et terminer rapidement l'accouchement.

On pratique la dilatation manuelle par le procédé de Bonnaire et, sous l'anesthésie chloroformique, au bout de quelques minutes la dilatation est effectuée; on fait une application de forceps et on extrait vivant un fœtus du poids de 2,700 gr.

Délivrance artificielle.

Suites de couches :

	Tension	Poulx
1er jour	10	100
2me —	11	94

3me —	11	90
4me —	12	88
5me —	12	82
6me —	13	80
7me —	13	84
8me —	13	80

Remarque. — Ni les injections chaudes, ni la rupture prématurée des membranes n'ont pu suffire, dans ce cas, à arrêter les hémorragies utérines ; le placenta était presque inséré sur les bords de l'orifice utérin.

Nous avons provoqué l'accouchement autant pour éviter à la femme de nouvelles pertes de sang que pour la mettre à l'abri d'une infection, à cause de la rupture prématurée des membranes, à cause de la prolongation trop grande du travail.

OBSERVATION XLIV

Placenta prævia

Mar... M..., secondipare, 26 ans ; entre à l'hôpital dans le huitième mois de sa grossesse, après avoir eu en ville trois fortes hémorragies qui l'ont laissée pâle et exsangue. Malgré la rupture de la poche des eaux qui remonte déjà à quelques heures, les hémorragies continuent, quoique moins abondantes. La dilatation est d'une pièce de 2 francs, la lèvre du col légèrement rigide ; avec le doigt, on arrive facilement sur les cotylédons placentaires, sur les bords de l'orifice utérin. La tension est de 11 cm. et le poulx bat à 112 pulsations.

Dilatation manuelle sous le chloroforme, version ; extraction d'un enfant vivant et bien portant du poids de 2,800 gr.

	Tension	Pouls
Suites de couches : 1er jour	11	94
— 2me jour	11	90
— 3me jour	12	88
— 4me jour	12	82
— 5me jour	13	80
— 6me jour	13	84
— 7me jour	14	80

Remarque. — Fidèle interprète des principes posés par le professeur Pinard au congrès de Rome en 1902, nous sommes intervenu pour activer la terminaison de l'accouchement, parce que le pouls s'est élevé et a persisté au-dessus de 100 pulsations, parce que l'hémorragie a continué malgré les injections chaudes. Nous avons ainsi évité à la femme une perte plus abondante de sang et nous avons aussi peut-être sauvé la vie de l'enfant.

La dilatation manuelle nous a permis d'intervenir d'une manière favorable pour la santé de la mère.

Mais si la dilatation de l'orifice utérin est relativement facile chez la multipare, il en est autrement chez la primipare; chez celle-ci, il est parfois presque impossible de pouvoir avec la main provoquer la dilatation totale du col de l'utérus gravide.

OBSERVATION XLV

Vomissements incoercibles

Mag... Dec..., 34 ans, multipare de 3 ; entre à l'hôpital au troisième mois de sa grossesse dans un état très grave ; le pouls est très petit, fuyant, presque incomptable ; la température, 37°2.

La femme ne peut rien avaler sans avoir aussitôt des nau-

sées, des envies fréquentes de vomir. Les vomissements ont commencé depuis trois semaines environ et sont véritablement incoercibles.

Dès son entrée dans le service, on lui injecte 300 gr. de sérum artificiel ; le pouls semble se relever légèrement, mais d'une façon passagère ; il bat à 130 pulsations ; le sphigmo-mètre marque 9 cm.

A l'examen local, on trouve l'utérus gros, augmenté de volume, fortement abaissé et porté en antéflexion : le col est en partie ramolli. Les tentatives de redressement de l'utérus, sous le chloroforme, restent complètement infructueuses ; on provoque alors, mais en désespoir de cause, l'avortement, par la sonde de Krause. Mais la malade expulse sa sonde avec une hémorragie quelques heures après.

L'état général décline de plus en plus et la malade, considérablement amaigrie et affaiblie, succombe 3 jours après. La tension s'est abaissée à 9, 8 cm, alors que le pouls s'accélérait de plus en plus jusqu'à 140 pulsations, devient imperceptible les derniers jours ; nous avons noté de l'hypothermie quelques heures avant la mort.

Cette femme est entrée à l'hôpital dans la troisième période de son mal, alors que toute intervention ne pouvait être que vaine et inutile.

Dans cette affection, dès que le traitement médical ne donne aucun résultat, il ne faut pas perdre un temps précieux ; il est nécessaire d'intervenir toutes les fois que le nombre des pulsations dépasse et persiste au-dessus de 100 alors que la tension s'abaisse au-dessous de 11 cm.

OBSERVATION XLVI

Vomissements incoercibles

Louise Rab..., 35 ans, multipare de 3, entre à la maternité dans le troisième mois de sa grossesse. Les vomissements ont commencé depuis douze jours et depuis la malade ne peut avaler presque rien. L'amaigrissement ne paraît pas très marqué, la température est normale, il n'y a pas d'albumine dans les urines ; tension, 10 ; pouls, 108.

A l'examen local, on trouve l'utérus volumineux, le col ramolli. On met la malade au régime lacté absolu, et au repos dans le décubitus horizontal.

Les vomissements s'atténuent graduellement et au bout de quelques jours ils ont complètement disparu.

La tension s'est élevée insensiblement de 10 cm. à 11, puis 12 cm. ; le pouls s'est abaissé et au départ de la malade, une semaine après, nous avons noté 88 pulsations.

OBSERVATION XLVII

Avortement au troisième mois

Herm... Elis..., 28 ans, multipare de 5 ; avortement au troisième mois, accompagné d'hémorragies très abondantes.

	Tension	Pouls
Avant l'avortement . .	12	90
Après —	12	84

Suites de couches

1er jour	12	78
2me —	12	72
3me —	12	70
4me —	13	64
5me —	13	70
6me —	13	56
7me —	14	54
8me —	13	52

Remarque. — Élévation progressive de la tension dans les suites de couches ; production du ralentissement physiologique du pouls des couches, parce que l'hémorragie n'a pas été très considérable.

OBSERVATION XLVIII

Avortement au troisième mois

Cav.. Zoé, 30 ans; entre à l'hôpital avec menaces d'avortement ; l'avortement devenant inévitable et la température s'étant élevée à 40° dès le premier jour, nous activons la marche de l'avortement pour éviter à la femme de nouvelles pertes hémorragiques.

	Température	Tension	Pouls
Avant l'intervention. . . .		11	84
Après —		12	98

Suites de couches

1er jour	39	12	102
2me —	38	12	96

3me —	37 8	12	94
4me —		12	90
5me —		13	88
6me —		13	88

Remarques. — Relèvement de la tension dans les suites de couches ; deux facteurs interviennent pour empêcher le ralentissement du pouls des couches : la température, l'hémorragie.

OBSERVATION XLIX

Avortement au quatrième mois

Cor... Louise, 19 ans, primipare ; l'avortement a lieu en ville, rétention placentaire, hémorragies ; curage digital.

	Tension	Pouls
A l'entrée dans le service.	11	90
Après le curage. . . .	10	98

Suites de couches

1er jour.	11	92
2me —	12	88
3me —	12	84
4me —	12	82
5me —	13	85
6me —	13	80

Comme dans le cas précédent, le ralentissement ne s'est pas produit ; on peut donc dire, d'une façon générale : plus l'hémorragie est abondante, moins le ralentissement du pouls se produit dans les suites de couches.

OBSERVATION L

Hydramnios

Ruat..., 26 ans, secondipare; ventre très volumineux dans les derniers mois de la grossesse; fluctuation très nette, ballottement fœtal, auscultation négative, pas de syphilis dans les antécédents.

L'extrémité céphalique n'est pas engagée et ballotte au-dessus du détroit supérieur; le col est déhiscent.

La femme accouche prématurément, au huitième mois de la gestation, d'un monstre cyclope, pesant 2,300 gr.

	Tension	Pouls
• Avant l'accouchement. . .	11	80
Dilatation complète . . .	12	82
Expulsion	18	84
Après la délivrance . . .	13	82

Suites de couches

1er jour.	13	80
2me —	13	60
3me —	14	58
4me —	14	64
5me —	14	60
6me —	14	72

Remarque. — L'hypotension de la grossesse se continue pendant le travail; pas d'hypertension des suites de couches; pas de modification pathologique du pouls des couches.

OBSERVATION LI

Hydramnios

Arbous..., 32 ans, sècondipare; ventre très distendu, se laissant difficilement déprimer; œdème des malléoles et de la vulve; ballottement fœtal; signes d'auscultation fœtale à peine perceptibles; pas de syphilis dans les antécédents, pas d'albumine dans les urines. L'accouchement a lieu spontanément, à terme.

	Tension	Pouls
9me mois grossesse . . .	11	86
A dilatation complète . .	13	90
Expulsion	14	92
Après la délivrance . . .	13	98

Suites de couches

1er jour.	13	76
2me —	13	68
3me —	13	70
4me —	14	64
5me —	13	68
6me —	14	64

OBSERVATION LII

Hydramnios

Bign., 23 ans, primipare; hydramnios d'abondance moyenne avec fluctuation, ballottement fœtal; auscultation fœtale très faible; pas de syphilis; pas d'albumine dans les urines. Accouchement normal, à terme.

	Tension	Pouls
9me mois grossesse . .	11	98

Suites de couches

1er jour	12	78
2me —	12	60
3me —	13	56
4me —	13	68
5me —	12	90
6me —	13	68
7me —	13	66

OBSERVATION LIII

Hydramnios syphilitique

Card..., 26 ans ; multipare de 3 ; syphilis récente, par conception.

Les parois abdominales très tendues rendent le palper impossible ; l'auscultation reste complètement négative. OEdème sus-pubien et des membres inférieurs ; la tête est difficilement accessible au palper. Après la rupture de la poche des eaux, il s'écoule plus de 3 litres de liquide amniotique verdâtre.

Cette femme rentre dans le service au début du travail.

	Tension	Pouls
Avec 5 frs. de dilatation.	11	90
Expulsion	15	92
Après l'expulsion. . .	14	86
Après la délivrance . .	15	80

Suites de couches

1er jour	15	84
2me —	15	72
3me —	14	72
4me —	14	60
5me —	13	60
6me —	13	62

Remarque. — Bien que cette femme soit une primipare, la tension au moment de l'expulsion arrive à peine à atteindre 15 cm. au lieu de 17, 18, chiffres que dépassent souvent les primipares à la fin du travail; ce fait semble avoir une relation étroite avec l'abaissement de la tension pendant la grossesse.

OBSERVATION LIV

Hydramnios syphilitique

Braud..., 27 ans, secondipare. Syphilis par conception sans manifestations extérieures. Enorme développement du ventre, fluctuation, ballottement fœtal, auscultation négative. Siège décomplété, mode des fesses. Manœuvre de Pinard et de Mauriceau. Extraction d'un fœtus vivant, porteur de pemphig syphilitique aux deux membres inférieurs.

	Tension	Pouls.
Dilatation complète avant la rupture de la poche des eaux	9	86
Après la délivrance	12	84

Suites de couches

1er jour.	11	60
2me —	12	56

3me —	12	68
4me —	12	62
5me —	13	58
6me —	13	60
7me —	13	62

OBSERVATION LV

Hydramnios syphilitique

Ros... B..., 28 ans, primipare. Rentre à l'hôpital avec une dilatation de 5 frs.; poche des eaux intacte; parois du ventre très rigides; auscultation nulle; expulsion d'un fœtus mort et macéré de 7 mois; syphilis paternelle.

	Tension	Pouls.
5. frs.	11	78
Expulsion.	13	80

Suites de couches

1er jour	13	84
2me —	13	86
3me —	13	82
4me —	14	84
5me —	14	86
6me —	13	90

Remarque. — Hypotension considérable pendant la grossesse; absence d'hypertension des suites de couches, tels sont les caractères principaux des deux observations précédentes.

Ralentissement du pouls malgré l'hypotension dans un cas, persistance de la tachycardie dans l'autre et malgré le relèvement de la tension.

OBSERVATION LVI

Hydramnios syphilitique

Cav..., 30 ans, ménagère, multipare de 4 ; ventre très tendu ; bruits cardiaques fœtaux faibles ; fœtus très mobile ; pôle fœtal non engagé.

	Tension	Pouls
9me mois de grossesse	9	84
Expulsion	13	96
Après la délivrance	13	72

Suites de couches

1er jour	13	68
2me —	13	66
3me —	14	56
4me —	13	88
5me —	14	72
6me —	14	48
7me —	15	52

OBSERVATION LVI

Fœtus mort

Romano M..., 31 ans, multipare de 4 ; mouvements actifs ont disparu depuis quatre jours ; l'auscultation, pratiquée dès son entrée à l'hôpital, reste complètement négative ; la femme expulse spontanément un fœtus mort et macéré ; pas de syphilis maternelle ; syphilis paternelle probable !

	Tension	Pouls
Après la rupture de la poche des eaux, dilatation complète	10	98

Suites de couches

1er jour	11	96
2me —	11	86
3me —	11	88
4me —	12	84
5me —	12	80
6me —	12	78
7me —	13	80

Remarque. — Dans cette observation on ne peut guère invoquer la compression comme cause de l'hypotension ; seule l'intoxication par résorption de produits morbides peut expliquer l'abaissement considérable de la tension artérielle ; n'y a-t-il pas là une vague ressemblance avec certains états toxico-infectieux accompagnés d'hypotension et de tachycardie ?

OBSERVATION LVII

Fœtus mort

Goiraud..., 20 ans, primipare ; la mort du fœtus remonte à vingt-quatre heures.

Au début du travail, alors que la dilatation est de 2 francs, le sphigmomanomètre marque 11 cm. ; le pouls bat à 80 pulsations. Cette femme n'a pu être suivie dans les derniers temps de sa grossesse ; à signaler une syphilis ancienne dans les antécédents.

	Tension	Pouls
Dilatation complète	13	76
Expulsion	14	72
Après l'expulsion.	13	78
Après la délivrance	13	76

Suites de couches

	Tension	Pouls
1er jour	13	64
2me —	13	66
3me —	13	72
4me —	14	68
5me —	14	64
6me —	14	60
7me —	13	62

OBSERVATION LVIII

Fœtus mort.

Cath. P..., 26 ans ; la mort du fœtus remonte à trois jours. Cette femme entre à l'hôpital au début du travail ; pas d'antécédents pathologiques.

	Tension	Pouls
Dilatation 5 francs	12	84
Expulsion	14	88
Après la délivrance.	12	90

Suites de couches

1er jour	12	90
2me —	12	78
3me —	12	80
4me —	13	60
5me —	13	62
6me —	14	52
7me —	14	56
8me —	13	60

OBSERVATION LIX

Grossesse gémellaire

Gouvr..., 23 ans, multipare de 3 ; accouche spontanément à terme de deux enfants jumeaux, vivants.

	Tension	Pouls
Avant l'accouchement.	10	86
Après —	11	80

Suites de couches

	Tension	Pouls
1er jour.	11	80
2me —	12	84
3me —	12	88
4me —	13	80
5me —	13	68
6me —	13	62
7me —	14	62
8me —	14	64

OBSERVATION LX

Accouchement prématuré

Fontana, 20 ans, secondipare ; accouche spontanément, après deux jours de travail, d'un fœtus mort-né.

L'accouchement a lieu dans le courant du sixième mois de la grossesse.

	Tension	Pouls
Début du travail	13	80
Expulsion	15	96
Après l'accouchement.	15	90
Après la délivrance	16	84

Suites de couches

	Tension	Pouls
1er jour.	16	84
2me —	15	80
3me —	15	78
4me —	14	68
5me —	14	70
6me —	13	68
7me —	14	64

OBSERVATION LXI

Accouchement prématuré

Tass..., secondipare, syphilitique, entre dans le service au commencement du septième mois de sa grossesse. Malgré l'âge peu avancé de celle-ci, le ventre est considérablement augmenté de volume ; la fluctuation est des plus manifestes, le fœtus ballotte. Quelques jours après son entrée, cette femme commence à éprouver des symptômes de travail ; elle accouche spontanément par le siège d'un fœtus qui succombe pendant les phénomènes du travail.

	Tension	Pouls
Avant le début du travail.	9	98
Après l'accouchement	11	78

Suites de couches

	Tension	Pouls
1er jour.	12	68
2me —	12	80
3me —	13	76
4me —	13	72
5me —	13	58
6me —	13	62

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

GROSSESSE. — Nos recherches pendant la grossesse ne cadrent qu'en partie avec les données classiques. N'ayant pu suivre les femmes dans les derniers mois de leur grossesse, nous ignorons quel doit être l'état de leur circulation pendant les sixième, septième et huitième mois.

MM. Queirel et Reynaud, dans un travail récent, ont cependant montré que la tension artérielle « sans modifications notables jusqu'au milieu du huitième mois, tend à s'abaisser à partir de cette époque, entraînant ainsi une hypotension plus ou moins marquée à la fin de la gestation ».

D'après ces auteurs, la tension oscille d'ordinaire entre 15 et 16 cm. jusque vers la fin du septième mois ; elle s'installe ensuite aux environs de 15 cm. au cours du huitième mois pour s'abaisser souvent, aux approches du terme, jusqu'à 13 et 12 cm.

Sur 40 femmes enceintes, aussi bien primipares que multipares, examinées dans le neuvième mois de la grossesse, en dehors de tout état pathologique, nous avons trouvé que la tension oscille le plus ordinairement entre 13 et 12 cm. de Hg au verdin ; chez 4 sujets la tension s'est élevée à 14 cm. et chez 5 à 11 cm. Cette hypotension de la fin de la grossesse, indépendante de la primiparité ou de la multiparité, nous a

paru sensiblement en rapport, en dehors des compressions vasculaires par l'utérus gravide, avec l'état d'anémie plus ou moins marqué dans lequel se trouvent les femmes enceintes.

Quant au pouls, les patientes recherches de Palaschi, Blot, Louge, ont déjà établi que sa fréquence est en moyenne de 86 pulsations par minute.

Dans nos observations normales, vers la fin du neuvième mois et surtout dans les derniers 15 jours, cette fréquence oscille aux environs de 80 pulsations; en général, la courbe artérielle tend plutôt à dépasser ce chiffre qu'à tomber au-dessous, aussi bien chez les primipares que chez les multipares.

Il semblerait, au premier abord, qu'il dût y avoir une relation étroite entre cette fréquence du pouls et l'abaissement de la tension artérielle. Ici encore la loi de Marey se trouve souvent en défaut, les deux courbes pouvant s'élever parallèlement et non en raison inverse l'une de l'autre; mais c'est surtout dans les cas de grossesse pathologique que se manifeste cette indépendance de la tension artérielle à l'égard de la fréquence des pulsations...

Lorsque les femmes éprouvent les symptômes d'hydramnios lente, tiraillements douloureux dans le ventre, dyspnée, vomissements fréquents, œdème des membres inférieurs, urines rares et albumineuses; lorsqu'on trouve chez elles de la fluctuation abdominale, du ballotement fœtal avec affaiblissement des battements cardiaques chez le fœtus (obs. 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56), il est exceptionnel de voir la tension s'élever au-dessus de 11 cm. Hg. pendant le dernier mois de la grossesse; la moyenne de nos courbes oscille le plus souvent entre 10 et 11 cm. (obs. 54, 56).

Par contre, le pouls ne subit guère de plus grandes variations que dans la grossesse normale; toujours sa courbe oscille entre 80 et 90 pulsations, rarement plus. Dans un

seul cas le pouls s'est ralenti pendant la grossesse jusqu'à 60 pulsations ; mentionnons également l'hypotension (10 cm.) ayant coïncidé avec un cas de grossesse gémellaire, arrivée presque à terme et dans laquelle les signes de compression étaient des plus manifestes.

Toutes les fois qu'à la fin de la grossesse le fœtus a succombé et qu'il est retenu quelque temps dans la cavité utérine, il n'est pas rare de voir survenir un degré d'hypotension presque aussi accentué que dans l'hydramnios (obs. 56, 57, 58).

Dans tous ces cas de grossesse pathologique, l'hypotension a toujours été le fait dominant ; le pouls n'a subi que des variations insignifiantes, très inconstantes et ne méritant guère d'arrêter notre attention.

Dans une autre série de faits, tantôt la tachycardie, tantôt l'hypertension mettent l'observateur sur la voie d'un élément pathologique et permettent ainsi de prévoir des accidents ultérieurs plus graves.

Dans la tuberculose chronique, la grossesse semble donner un coup de fouet à un mal qui évoluait jusqu'alors insidieusement. Les premiers signes qui dénotent cette influence funeste de la grossesse sur la tuberculose sont la tachycardie et l'hypotension ; à mesure que s'affaiblit la malade, à mesure que s'aggrave l'état général, le pouls s'accélère, la tension s'abaisse, tristes indices de la mauvaise nutrition des organes, de la défense insuffisante d'un organisme affaibli par l'évolution de la grossesse.

Dans les vomissements incoercibles, au bout d'un temps relativement court, il n'est pas rare d'observer l'accélération du pouls comme premier symptôme de l'aggravation de la maladie. Au fur et à mesure que la malade maigrit, s'affaiblit, s'établit cette accélération de plus en plus accentuée du pouls ; consécutivement à la dénutrition commençante, la tension s'abaisse, accompagnée ou non d'une légère élévation de tem-

pérature. La malade entre alors dans la troisième période terminale, c'est-à-dire celle où l'intervention chirurgicale n'a plus de résultat certain.

Dans l'observation 45, le traitement obstétrical a été absolument inefficace ; la maladie était déjà trop avancée, l'intoxication trop profonde : le sphigmomètre marquait 9 cm. et le nombre des pulsations égalait 130. Cette hypotension au-dessous de 10 cm., accompagnée d'une tachycardie extrême (120, 130 pulsations) doit presque toujours, même s'il n'y a pas de température, faire porter un pronostic sombre *quoad vitam*.

Dans l'observation 46, sous l'influence d'un traitement opportun, la courbe artérielle s'est rapidement relevée ; lorsque la malade a quitté l'hôpital, complètement guérie, sa tension était égale à 12 cm., son pouls s'était abaissé de 110 à 88 pulsations. La grossesse a pu continuer son cours régulier.

Lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, la tachycardie est la compagne inséparable des hémorragies. Ces hémorragies s'observent surtout pendant les trois derniers mois de la grossesse ; elles sont rarement assez abondantes pour mettre en danger la vie de la femme, mais elles peuvent l'épuiser par leur répétition. La tension s'abaisse au fur et à mesure que l'hémorragie se répète et le pouls devient de plus en plus rapide. Cette accélération du pouls peut, à un moment donné, fournir un excellent élément d'indication pour l'interruption de la grossesse, comme nous le verrons plus loin au chapitre thérapeutique.

Chez les femmes albuminuriques, dès que la quantité d'albumine dans les urines dépasse un gramme et s'accompagne d'accidents d'auto-intoxication, vomissements, céphalée, troubles de la vue, œdèmes, on observe constamment de l'hypotension et de la tachycardie, symptômes toujours en rapport avec la quantité de substances toxiques qui imprègnent l'organisme. La tachycardie parfois, l'hypertension toujours peuvent être les funestes

avant-coureurs d'une éclampsie imminente. Lorsqu'on peut observer les malades antérieurement, on constate que l'élévation de la tension précède toujours les accès dont elle constitue ainsi un prodrome constant (obs. 35, 37, 38, 39).

Pendant les accès mêmes, la tension est très élevée, oscille entre 18 et 25 cm., rarement dépasse ce chiffre. Si les accès s'interrompent pendant plus ou moins longtemps, la pression diminue, mais reste toujours très forte; elle s'élève de nouveau quand les accès recommencent. Si, au contraire, les accès disparaissent, la pression diminue graduellement, rapidement même et revient à la normale en même temps que s'accroît l'amélioration.

L'hypertension est en rapport constant avec l'hépatotoxémie gravidique et coïncide toujours avec les autres manifestations de cette auto-intoxication, telles que céphalée, troubles gastriques, œdèmes, troubles de la vue; plus l'hypertension est accentuée, plus il y a de substances toxiques retenues dans l'organisme malade. Mais la prétendue relation qu'on a voulu établir entre l'élévation de la pression artérielle et celle du taux de l'albumine urinaire ne nous a pas paru exister.

Tantôt (obs. 34, 36, 39), il peut y avoir une hypertension de 18, 19 cm., alors que la quantité d'albumine n'a pas suivi une élévation proportionnelle.

Tantôt la courbe de l'albumine est très élevée sans que l'hypertension suive une marche parallèle (obs. 38, 41, 43).

Souvent, lorsque éclatent les accès d'éclampsie puerpérale, l'hypertension peut coïncider avec la présence d'une quantité très abondante d'albumine dans les urines (obs. 42, 43); de plus, lorsque la guérison survient, on voit progressivement s'abaisser le taux de l'albumine et la tension revenir à la normale au fur et à mesure que s'atténuent les symptômes d'auto-intoxication gravidiques.

L'élévation de la tension artérielle dans l'éclampsie nous

semble analogue à celle que Ziemssen a constatée dans l'urémie. Si le rein n'élimine pas les déchets organiques charriés par le sang, il en résulte pour la femme une toxémie dont l'albuminurie est un symptôme presque constant.

Pinard considère également l'albuminurie et l'éclampsie comme des manifestations de l'auto-intoxication gravidique, « Pendant la grossesse, il peut se produire une intoxication du sang, une toxémie par rétention ou bien par insuffisance des organes chargés de détruire ou d'éliminer les poisons. Si nous ignorons la nature et le nombre des poisons qui déterminent les accès convulsifs, nous savons qu'il se produit une auto-intoxication dont deux des principales manifestations sont le passage de l'albumine dans les urines, l'apparition des accès convulsifs auxquels nous pourrions ajouter l'hypertension artérielle. Cette hypertension serait due aux matières toxiques en rétention dans le sang, au spasme des capillaires, enfin aux efforts musculaires. » (Vaquez et Nobécourt)

Dans la majorité des cas, le poulx ne présente aucune modification digne d'être mentionnée ; on a signalé la tachycardie au moment des crises convulsives ; nous ne l'avons jamais rencontrée. Le ralentissement du poulx à l'approche des crises convulsives est un symptôme beaucoup plus fréquent.

D'après nos observations, nous pouvons conclure que l'accouchement, lorsqu'il se produit, exerce toujours une influence favorable sur la marche des manifestations convulsives. La tension s'abaisse considérablement dès les premiers jours qui suivent la délivrance, le taux de l'albumine diminue graduellement. Dans la plupart des cas, le poulx s'accélère progressivement à mesure que s'accroît la guérison ; cette tachycardie, lorsqu'elle se produit, doit être considérée comme un phénomène relativement favorable, mais dont la pathogénie semble nous échapper encore.

ACCOUCHEMENT. — Si nous analysons nos observations normales, nous remarquons que la tension subit de nombreux changements depuis l'apparition des premières contractions utérines jusqu'à l'expulsion fœtale, ainsi que pendant et après la délivrance.

Les phénomènes du travail sont toujours caractérisés par une hypertension progressive ; plus l'effort est continu et se prolonge, plus la courbe s'élève ; son maximum correspond à l'expulsion fœtale, alors que l'effort, chez la parturiente, est le plus considérable. Aussi n'est-il pas étonnant que l'hypertension chez les primipares soit plus accentuée que chez les multipares ; les premières, en effet, sont obligées de fournir une plus grande somme de travail pour achever l'expulsion fœtale.

Chez les primipares, la courbe sphigmométrique est toujours plus surélevée de 1, 2, 3 centimètres par rapport aux multipares.

Les progrès de la dilatation entraînent toujours une hypertension qui est peu sensible tant que l'orifice utérin n'est pas arrivé à dilatation complète, mais qui devient très manifeste au moment de la période d'expulsion. La tension s'élève alors à 16-17 cm. chez les multipares ; elle atteint 18, 19, 20 chez les primipares.

La durée de la période de dilatation ne nous a paru avoir aucune influence sur l'hypertension progressive ; mais plus l'évolution de la période d'expulsion est rapide, plus l'hypertension est accentuée : ce fait est particulier aux primipares, mais ne s'observerait guère chez les multipares.

Signalons ici que la plupart des mensurations ont été pratiquées, à cette période, dans l'intervalle des douleurs ; le travail musculaire est alors si considérable, les efforts douloureux tellement intenses, qu'il est difficile, pour ainsi dire

impossible de pouvoir obtenir des renseignements précis avec le sphigmomètre.

Les expériences d'Hallion nous montrent cependant qu'il se produit, de même que sous l'influence de tout effort, un abaissement momentané de la pression artérielle pendant la contraction utérine.

Lorsqu'il y a inertie utérine, à la fin de la période d'expulsion, lorsque les douleurs deviennent rares et impuissantes à achever la descente du pôle fœtal engagé dans l'excavation pelvienne, il se produit presque toujours un léger abaissement de la courbe hypertensive. Dans quatre de nos observations où l'application de forceps a été jugée nécessaire, la tension s'est abaissée de 1, 2, 3 cm.

Dans nos observations d'hydramnios, de fœtus mort, les phénomènes du travail n'ont pas donné lieu à l'hypertension ordinaire ; l'hypotension de la fin de la grossesse semble se prolonger même pendant l'accouchement ; la tension ne s'élève jamais au-dessus de 13, 14 cm., au moment de la période d'expulsion.

Dans deux cas d'éclampsie que nous avons pu suivre au moment du travail, la courbe hypertensive, au moment de l'expulsion, s'est considérablement élevée, jusqu'à atteindre 23, 24 cm., niveau qu'elle n'avait jamais atteint pendant les crises convulsives.

La courbe du pouls ne suit pas toujours, sous l'influence du travail, une marche parallèle à celle de la pression artérielle ; si sa fréquence, comme l'a observé Louge, augmente graduellement pendant la contraction utérine, elle diminue de nouveau dans l'intervalle de deux contractions jusqu'à tomber parfois à un chiffre inférieur à celui observé pendant la grossesse.

Cependant, au moment de l'expulsion, le pouls s'accélère et, par suite de la constance de l'effort, oscille généralement

vers 90 pulsations; nous ne l'avons vu qu'exceptionnellement diminuer de fréquence (obs. 1, 2, 4).

Dans les cas pathologiques, la courbe du pouls n'offre pas de caractère particulier.

Presque aussitôt après la fin du travail, la pression, d'après Saratoff et Millet, revient presque à son chiffre normal. D'après Baranger, la tension s'abaisse alors pour revenir plus ou moins vite au taux physiologique. Chapon déclare, au contraire, que l'évacuation de l'utérus ne diminue pas l'excès de tension qu'avait provoqué le travail.

D'après Queirel et Reynaud, la délivrance paraît régulièrement caractérisée par une hypotension brusque et passagère, se manifestant dans tous les cas, en dehors de toute hémorragie, depuis l'expulsion fœtale jusqu'à celle du placenta.

Nos recherches ne confirment qu'en partie celle de ces derniers auteurs. Aussitôt après l'expulsion, c'est-à-dire quelques minutes après la naissance du nouvel être, il se produit un abaissement momentané de la tension; celle-ci s'abaisse graduellement de 2, 3 cm., et cela d'une façon constante. L'hypertension du travail et surtout de l'expulsion s'atténue donc progressivement pendant le décollement du placenta, mais, après son expulsion, elle se relève de nouveau de 1, 2 cm.

Aussitôt après l'accouchement, et si aucun élément pathologique n'entre en jeu, la courbe du pouls tend à s'abaisser progressivement; cet abaissement, parfois interrompu pendant le frisson physiologique, se continue d'une façon presque constante après la délivrance; nous l'avons observé chez les trois quarts des femmes examinées.

Lorsqu'il se produit une hémorragie pendant la délivrance, la tension s'abaisse d'une manière progressive et proportionnelle à la gravité de l'hémorragie. Si l'hémorragie est faible, la courbe hypertensive ne subit que des variations très légères (obs. 2, 4, 14); si elle est moyenne ou forte, la tension

s'abaisse assez brusquement jusqu'à atteindre 12, 11, 10, 9 et parfois 8 cm. de Hg (obs. 5, 6).

Mais cette hypotension ne persiste généralement pas : quand la guérison va se produire, on voit bientôt le pouls redevenir plus ample et plus dur et la tension se relever graduellement sous l'influence des injections de sérum artificiel.

Quand la mort va se produire, le pouls devient de moins en moins perceptible, malgré l'arrêt de l'hémorragie.

Toutes les fois qu'il y a spoliation hémorragique pendant la délivrance, le pouls suit toujours une marche inverse de celle de la tension ; il s'accélère de plus en plus au fur et à mesure que celle-là s'abaisse. Cette accélération persiste assez longtemps et ne s'atténue que lentement dans les suites de couches.

SUITES DE COUCHES. — Dans les suites de couches normales, chez la plupart des multipares et moins souvent chez les primipares, contrairement à ce qui se passe pendant la grossesse, le ralentissement physiologique du pouls des couches coïncide presque toujours avec une tension très élevée.

L'hypertension du travail se continue quoique moins forte dans les premiers jours des couches et ne descend à la normale que vers les quatrième, sixième ou huitième jour.

Lorsque la grossesse a évolué régulièrement, la tension oscille, dans les premiers jours après l'accouchement, aux environs de 17, 16 cm. ; puis, elle s'abaisse graduellement, progressivement, quoique d'une manière un peu brusque, au moment de la montée laiteuse ; vers le sixième ou huitième jour, on la trouve égale à 13, 14 cm. de Hg au Verdin.

Jamais nous n'avons remarqué que la quantité de lait plus ou moins abondante de la mère eût un rapport quelconque avec l'hypertension artérielle.

L'hypertension des suites de couches coexiste souvent avec

le ralentissement physiologique du pouls ; mais ce n'est pas toujours vrai. Il peut y avoir hypertension sans ralentissement du pouls (obs. 7, 9, 12, 14) ; la bradycardie peut se produire avec une tension normale et au-dessous de la normale (obs. 1, 3, 16, 17).

Les deux phénomènes de l'hypertension et de la bradycardie semblent donc tout à fait indépendants l'un de l'autre.

Toutes les fois que la femme présente de l'hypotension très marquée pendant la grossesse, par suite d'un fait pathologique, hydramnios, fœtus mort, tuberculose, le phénomène de l'hypertension ne se produit pas après l'accouchement ; la tension peut ne pas dépasser 12, 13 cm. de Hg dans les suites de couches ; le pouls peut cependant présenter la courbe à ralentissement franc ou plus souvent mixte observée par Louge (obs. 47, 51, 52, 56, 57).

S'il y a eu des *crises d'éclampsie* pendant la grossesse et surtout pendant le travail, la courbe hypertensive est toujours plus élevée que dans les suites de couches des femmes normales. Cette hypertension s'atténue lorsque s'abaisse le taux de l'albumine urinaire, lorsque diminuent les signes d'auto-intoxication gravidique.

L'hypertension trop élevée dans les premiers jours des couches doit faire craindre une attaque d'éclampsie puerpérale, malgré la faible quantité d'albumine qui se trouve dans les urines ; ces crises éclamptiques se produisent le plus souvent dans les deux premiers jours et surtout les premières heures qui suivent l'accouchement (obs. 38).

Enfin lorsque survient la guérison, l'hypertension s'atténue progressivement et le pouls tantôt se ralentit, tantôt s'accélère de plus en plus jusqu'à dépasser 90 et 100 pulsations. Cette tachycardie du déclin de l'éclampsie n'est pas un phénomène constant ; mais elle doit être considérée, lorsqu'elle se produit, comme un signe de bon augure pour le pronostic

de l'auto-intoxication gravidique ; — nous l'avons toujours vu coïncider dans nos observations avec l'abaissement rapide de l'hypertension artérielle et la diminution de l'albumine dans les urines. — Comme conséquence des *hémorragies de la délivrance*, nous voyons le ralentissement du pouls ne se produire que tardivement ou pas du tout dans les hémorragies légères ne dépassant pas 5 à 600 grammes.

Ce ralentissement ne se produit plus lorsque l'hémorragie a été tant soit peu abondante. Le pouls reste alors rapide et d'autant plus que la perte sanguine a été plus abondante. Sa fréquence oscille au-dessus de 100 et ne diminue que tardivement, proportionnellement à l'amélioration de l'état général. La tachycardie oscillant au-dessus de 100 nous semble être une indication suffisante pour ne pas permettre à la mère d'allaiter elle-même son enfant.

A la suite de ces hémorragies de la délivrance, la tension subit un abaissement proportionnel; mais par suite d'une adaptation rapide du contenant et du contenu, elle se relève graduellement en quelques jours vers la moyenne physiologique sans jamais atteindre toutefois la courbe normale.

La rapidité du pouls persistant même dans les suites de couches permet souvent de faire le diagnostic rétrospectif de ces hémorragies de la délivrance. Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est l'instabilité très grande de la pulsation artérielle. La fréquence du pouls peut varier considérablement d'un jour à l'autre et sous l'influence de la moindre cause. Lorsqu'on fait asseoir l'accouchée on constate une augmentation de 4, 6 pulsations, par rapport au pouls de la position horizontale.

Quand il y a hypotension d'origine mécanique, par hémorragie par exemple, la différence est beaucoup plus accentuée ; le pouls s'accélère alors de 12, 14, 16 pulsations, et toujours d'autant plus que l'hypotension est plus considérable.

— Dans l'*infection puerpérale*, le pouls, ralenti ou normal avant l'ascension thermique, suit généralement la température dans sa marche et s'élève à 90, 100, suivant la hauteur de la courbe thermique; il présente son maximum au moment des frissons; dans certains cas, il y a dissociation entre la température et le pouls, ce dernier étant plus rapide par rapport à la température.

La femme est toujours d'autant plus sensible à l'infection puerpérale qu'elle est anémiée par une hémorragie de la délivrance ou exténuée par le travail exagéré de l'accouchement. Nous voyons alors une élévation légère de la température s'accompagner d'une accélération notable du pouls et d'une hypotension qui ne sont nullement en rapport avec le degré d'infection de l'organisme.

D'une façon générale, on peut voir la fréquence du pouls précéder tous les autres accidents, même l'élévation thermique. Cette élévation débute vers le deuxième ou troisième jour, oscille pendant quelque temps autour de 100 et continue à s'élever progressivement; puis la fièvre monte à son tour. Dans son ensemble, la courbe du pouls est donc progressivement ascendante.

Après la chute de la température, cette courbe s'abaisse de nouveau; et si l'atteinte de l'infection puerpérale n'a été que passagère et très légère, l'on peut voir se reproduire le ralentissement tardif du pouls des couches.

Si l'infection a été de moyenne intensité, la courbe du pouls descend avec la fièvre, mais le ralentissement ne se reproduit plus; le pouls oscille aux environs de 90, mais ne s'abaisse guère au-dessous.

Au moment de la montée laiteuse, il n'est pas rare de voir le pouls s'accélérer et dépasser 90 pulsations; cette légère tachycardie peut être l'indice d'une infection légère se produi-

sant au niveau du mamelon, et cela sans élévation de température, sans grande réaction de défense de l'organisme.

La courbe hypertensive ne subit de dépression marquée que si la température dépasse 38° et se maintient quelques jours au-dessus.

Souvent les courbes du pouls et de la tension renseignent mieux que la marche de la température sur le degré d'infection de l'organisme. Dans les cas sérieux, mais non très graves d'infection puerpérale, la température peut s'élever à 39°, 40°, la courbe du pouls dépasser 100 sans qu'il y ait hypotension considérable (obs. 24).

Mais lorsque l'hypotension s'installe rapidement dès le début d'une infection puerpérale et coexiste avec un pouls rapide, il faut toujours se méfier de la gravité du pronostic malgré le peu d'élévation du thermomètre (obs. 30, 32, 33).

L'hypotension et la tachycardie indiquent, mieux que la marche de la température, l'atteinte grave de l'organisme par les toxines microbiennes.

Le pronostic est d'autant plus sérieux que l'hypotension est plus accentuée et plus précoce, inaccessible aux modifications externes de la circulation sanguine (injections de sérum artificiel, d'éther, de caféine).

Quoique la *phlébite* soit un accident tardif des suites de couches, elle présente cependant une phase initiale préphlébique pouvant s'accompagner de modifications du pouls et de la température et apparaissant dans les dix premiers jours (Daniel). Ces modifications peuvent avoir la valeur de véritables symptômes précurseurs.

Siredey, Widal insistent sur les élévations de température que présentent les femmes dans les premiers jours des suites de couches. Il y a, dès ces premiers jours, une réaction générale, si légère qu'elle soit, qui a témoigné de la présence d'une infection. Cette température, après le troisième jour, oscille

au-dessus de 38°, dépasse rarement ce chiffre, dure quelques jours et tombe à la normale. Mais malgré cette chute thermique, la tachycardie persiste sans s'atténuer ; si cette tachycardie ne peut être rattachée à une hémorragie de la délivrance, à de l'éclampsie puerpérale, elle sera le funeste avant-coureur d'une complication intercurrente, telle que la phlébite. Il n'est pas rare de voir, plusieurs jours après la disparition de la fièvre, le thermomètre s'élever de nouveau brusquement, indiquant ainsi l'entrée en scène d'une phlébite plus ou moins grave.

PATHOGÉNIE

GROSSESSE. — L'histoire du pouls et de la tension artérielle pendant la grossesse et les suites de couches a été l'origine de nombreuses controverses qui sont loin d'être terminées. Dès que l'emploi du sphigmomètre fut rentré dans la pratique médicale, on s'en est servi pour rechercher la preuve d'une augmentation de la tension artérielle pendant la grossesse.

Lesguillons, Duval et Broudel en France, ainsi que Mahomed, Barnes, Macdonald en Angleterre, admettent cette augmentation de tension, ainsi que Dumas et Porak ; ils la rattachent tous à l'existence de l'hypertrophie cardiaque, à l'augmentation de l'énergie nerveuse et de la quantité de sang, à l'accroissement de l'activité nutritive pendant la grossesse. Toutes ces conditions sont (Barnes) une surcharge de travail pour le cœur, qui est ainsi astreint à un travail plus violent.

Huchard, dans l'*Étude des maladies du cœur et des vaisseaux* (1889), cite la grossesse parmi les causes productrices d'hypertension artérielle.

Constantin Paul fait remarquer que le sphigmographe donne plutôt chez la femme enceinte l'indication des variations de pression que la preuve réelle d'une augmentation de tension.

Long admet qu'au dernier mois de la grossesse on ne rencontre pas toujours les caractères du pouls qu'on est convenu

d'appeler à haute tension. « S'il est vrai, d'autre part, dit-il, que le cœur s'hypertrophie pendant la grossesse, on peut supposer que c'est à cause de la plus grande quantité de sang à mouvoir, et il pourrait se faire que la tension artérielle ne soit pas sensiblement modifiée. »

Vinay, enfin, professe l'opinion qu'elle est élevée pendant et après le travail, mais qu'elle est normale pendant la grossesse. C'est à sa théorie que nous nous rattachons : car l'on sait que la prétendue hypertrophie du ventricule gauche, cause d'hypertrophie, n'est que très problématique, ainsi que la pléthore sanguine de la deuxième moitié de la grossesse.

La pression reste à peu près normale chez la femme enceinte. Cependant, aux approches du terme, il y a une certaine tendance à l'hypotension, et ce fait s'explique de la façon suivante, d'après François Franck : dans le neuvième mois de la grossesse, la compression des veines importantes, telles que la veine-porte, la veine-cave, par l'utérus gravide détermine la dépression sanguine en emmagasinant une masse considérable de sang en avant de l'obstacle et en diminuant à un degré exagéré l'alimentation cardio-pulmonaire et aortique. De plus, sous l'influence de l'augmentation considérable de la circulation utérine, il se produit un certain degré de déplétion du système artériel et, par suite, abaissement de la tension.

Quant à l'hypotension notée dans les cas de grossesse pathologique (hydramnios, hémorragie, fœtus mort, vomissements incoercibles, tuberculose), il faut la rattacher aux faits suivants : tantôt il faut invoquer la compression sur les vaisseaux abdominaux de l'utérus anormalement distendu par l'hydramnios ; tantôt c'est une cause mécanique, une hémorragie, qui diminue d'une façon notable l'afflux sanguin dans tout le système artériel ; parfois l'atonie générale du système circulatoire, sous l'influence des toxines ou de l'auto-intoxi-

cation, explique l'hypotension ainsi que la fréquence de plus en plus marquée du pouls (fœtus mort, vomissements incoercibles, tuberculose).

L'hypertension de l'éclampsie trouve son explication dans une vaso-constriction réflexe produite sous l'influence de poisons auto-toxiques en rétention dans le sang et non suffisamment éliminés par le foie et le rein malades.

Par l'effet de cette vaso-constriction générale des capillaires, la tension augmente graduellement et, par son intensité, par ses manifestations convulsives, peut, dans une certaine mesure, faire connaître le degré d'intoxication de l'organisme.

ACCOCHEMENT. — L'hypertension progressive du travail est admise par tous les auteurs, à l'exception de Lebedeff et Porachjow qui prétendent que l'accouchement par lui-même n'a pas d'influence directe sur la pression. En effet, le surmenage imposé au cœur par les contractions intenses et répétées de l'utérus, auquel vient s'ajouter le phénomène de l'effort pendant la période expulsive, explique suffisamment l'hypertension artérielle que nous avons rencontrée chez toutes nos femmes en travail, et toujours plus accentuée chez les primipares que chez les multipares. « Pendant l'effort, dit Franek, la glotte étant fermée, le sang artériel est mécaniquement chassé du thorax et le sang veineux n'y peut entrer, si l'augmentation de la pression intra-thoracique a acquis une valeur suffisante pour faire équilibre à la pression veineuse croissante qui tend à faire entrer le sang dans les veines de la poitrine... Mais à la cessation de l'effort, tout ce sang veineux accumulé sous pression aux abords du thorax s'y précipite en abondance et le cœur se trouve ainsi brusquement surchargé. Il exécute dès lors un travail qui peut être notable pour se décharger de cette surcharge sanguine, d'où possibilité d'une véritable fati-

gue, avec dilatation du cœur, si les efforts se répètent avec intensité et à courts intervalles. Peut-être aussi faudrait-il invoquer l'action réflexe des contractions utérines sur les nerfs du cœur, action réflexe qui se manifesterait par une certaine modification du pouls, plus accéléré et plus tendu pendant la période d'expulsion.»

SUITES DE COUCHES. — Après l'accouchement, l'hypertension artérielle d'après Blot, Marey, Lorain, tient à l'oblitération des vaisseaux utérins qui, pendant la grossesse, fournissent une large voie, pour le passage du sang dans les artères, à la suppression brusque et presque complète de la circulation de l'œuf et des parois utérines. Après la délivrance, l'utérus se rétracte, et ses vaisseaux, qui laissent libre cours à la circulation, en constituant une sorte de diverticulum, cessent d'être complètement perméables, de telle sorte que le sang qui gorgéait cet organe trouve cette voie supprimée et ne peut qu'être rejeté et s'accumuler dans le système artériel de la grande circulation.

C'est là une suppression de réseau comparable à celle que l'on observe immédiatement après la ligature d'une artère volumineuse; la quantité de sang augmente dans l'appareil circulatoire alors que la capacité de celui-ci diminue.

« Ces obstacles à la circulation nous paraissent si bien être la cause prépondérante de l'hypertension artérielle que le ralentissement du pouls peut, comme un phénomène concomitant, apporter une confirmation formelle à la deuxième partie de la loi de Marey. Tout ce qui accroît la vitesse que le sang éprouve à sortir des artères fera varier la vitesse du sang et la pression artérielle en sens inverse l'une de l'autre? »

Avec Dumas, intervient une autre cause se rattachant aux grandes lois physiologiques de la propagation de l'espèce.

Comment expliquer la menstruation chez la femme, si ce n'est par cette idée que son organe évolue de façon à être toujours prêt à fournir un excédent de nourriture destiné à un nouvel être. On peut donc admettre que pendant la gestation, il continue à se faire chez la femme comme une provision de sang destiné à l'entretien du nouvel être et tellement destiné à lui que, dans nombre de cas, la mère dépérit tandis que l'enfant est mis au monde dans un parfait état de nutrition. Or l'expulsion de celui-ci se faisant brusquement, il n'y a rien d'étonnant que le travail d'approvisionnement se continue quelque temps encore sous l'impulsion première avec la même intensité, pour ne rentrer que peu à peu dans les limites proportionnées au nouvel état de choses.

Une fois l'équilibre établi, la lenteur du pouls disparaît, quoique, à la vérité, elle persiste un peu plus longtemps que l'hypertension artérielle. Mais les obstacles circulatoires ne sont pas seuls en cause dans le ralentissement du pouls; et la position horizontale que conserve pendant quelque temps l'accouchée n'est sans doute pas étrangère à la persistance de ce ralentissement.

Peut-être intervient-il aussi d'autres facteurs encore inconnus et mal étudiés : on voit persister en effet le ralentissement du pouls des couches, alors que la courbe de la tension ne tend pas à s'élever au-dessus de la normale; de plus l'hypertension peut exister après l'accouchement sans que le pouls se ralentisse.

Weil est allé jusqu'à nier ce ralentissement physiologique du pouls des couches; et pour cet auteur, s'il existe à certains jours de la bradycardie, elle n'a aucune signification et serait un fait absolument normal, sans rapport aucun avec l'état de la femme en couches.

Varnier, après Weil, en 1900, a fait des recherches à la clinique Bandebecque et est arrivé aux conclusions suivantes :

« On voit survenir chez 75 pour 100 des femmes en couches bien portantes un ralentissement plus ou moins marqué du pouls. Dans l'état physiologique, le ralentissement du pouls nous paraît un fait général : son degré seul varie ; il ne tient pas à une disposition particulière à quelques femmes qui auraient naturellement le pouls lent. »

D'après Saratoff, Vaquez et Milliez, presque aussitôt après la fin du travail, la pression revient à son chiffre normal.

Suivant Baranger la tension s'abaisse alors pour revenir plus ou moins vite au taux physiologique.

D'après Chapon, l'évacuation de l'utérus ne diminue pas l'excès de tension qu'avait provoqué le travail ; courbe reste stationnaire pendant deux ou trois jours pour regagner la normale vers le huitième jour.

« La chute plus ou moins forte de tension qui se manifeste après l'expulsion fœtale, est soumise à des influences mécaniques et nerveuses qui, comme à la suite des violentes et douloureuses impressions nerveuses, des commotions physiques et morales ou des grands traumatismes provoque un phénomène d'inhibition résultant de la fatigue du cœur et de la disparition du tonus artériel. » (Queirel et Reynaud.)

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les variations du pouls et de la tension, dans certains états pathologiques de la grossesse, peuvent fournir des indications précieuses à l'accoucheur, au point de vue de l'interruption thérapeutique de la grossesse.

Comme nous l'avons étudié dans le cours de ce travail, tout accident pathologique qui vient troubler la marche d'une grossesse normale, se traduit par des modifications de la circulation artérielle chez la femme enceinte.

Et lorsque cette circulation sera suffisamment altérée dans sa fréquence et son rythme, il faudra intervenir par une thérapeutique appropriée qui, entreprise en temps opportun, pourra sauver la vie de la mère et souvent celle de l'enfant.

C'est surtout dans les hémorragies dues à l'insertion vicieuse du placenta, dans les vomissements incoercibles, les convulsions éclamptiques que l'étude du pouls et de la tension sera vraiment utile.

M. le professeur Pinard, au dernier congrès de gynécologie tenu à Rome en 1902, a montré que c'est surtout en consultant la fréquence du pouls qu'on peut arriver à poser l'indication nette, précise, urgente de l'interruption de la grossesse chez la femme enceinte.

« Les hémorragies utérines peuvent se déclarer, dit-il, à

toutes les périodes de la grossesse, aussi bien dans la première que dans la seconde ; elles peuvent rarement, d'ailleurs, devenir graves, soit par leur abondance immédiate, soit par leur persistance. »

Mais ce n'est pas la quantité de sang perdue qui peut constituer une indication d'interrompre la grossesse.

La décoloration des téguments, les tintements d'oreilles, les tendances syncopales, bien que présentant un caractère alarmant, ne constituent l'indication opératoire que lorsque dans ce cortège symptomatique apparaît d'une façon permanente une accélération du pouls assez accusée pour que le nombre des pulsations soit constamment au-dessus de 100.

Quelle que soit l'abondance apparente de l'hémorragie, quelle que soit sa durée, l'indication de l'interruption de la grossesse n'existe pas, tant que le nombre des pulsations reste au-dessous de 100.

Elle existe d'une façon nette, précise, urgente, quand d'une façon permanente le pouls bat plus de 100 fois par minute.

Dans la môle hydatiforme, les indications sont les mêmes. Lorsque pendant le cours d'une grossesse normale, il survient une hémorragie dont l'abondance peut être très forte par suite de la disparition plus ou moins complète de la contractilité utérine, il faut intervenir si le pouls bat constamment à plus de 100 pulsations par minute.

Dans les vomissements incoercibles, il ne faut pas se préoccuper de la perte de poids ou de l'intensité des vomissements, mais il faut noter le pouls avec le plus grand soin. Dès que, chez une femme atteinte de vomissements incoercibles ou toxiques, l'accélération des pulsations par minute s'élève à plus de 100, il faut interrompre la grossesse.

Lorsque la femme enceinte présente de l'albumine dans les

urines avec ou sans troubles d'auto-intoxication gravidique, tels que céphalée, œdèmes, troubles de la vue, on est d'accord pour prescrire à la femme le régime lacté, lequel, chez la plupart des malades, suffit à prévenir les convulsions éclamptiques. Mais parfois l'analyse des urines n'est pas faite et la quantité d'albumine contenue dans les urines peut ainsi passer inaperçue. Si l'auto-intoxication gravidique doit alors se manifester, la tachycardie et l'hypertension souvent, la bradycardie plus rarement, peuvent être les seuls indices avant-coureurs d'attaques légères ou graves d'éclampsie puerpérale. Lorsque commencent à s'établir cette fréquence du pouls et cette élévation de la pression artérielle avec ou sans autre manifestation d'auto-intoxication gravidique, il faut avoir recours à une thérapeutique active, repos au lit, régime lacté, purgatifs répétés ; grâce à ce traitement, les poisons seront facilement diminués et ne pourront s'accumuler dans l'organisme.

En faisant, d'une façon méthodique, l'examen du pouls des femmes enceintes, on peut donc prévoir et faire avorter des accès d'éclampsie puerpérale.

Lorsque l'éclampsie s'est installée accompagnée de tous les symptômes qui la caractérisent, l'hypertension progressive peut, dans certains cas, fournir l'indication d'une saignée d'urgence. Une phlébotomie de 200 à 300 grammes environ enlève une partie des substances toxiques retenues dans l'organisme ; il n'est pas rare, après cette intervention, de voir l'état général s'améliorer légèrement en même temps que s'abaisse la pression.

La saignée est contre-indiquée lorsque l'intoxication gravidique s'accompagne d'hypotension ; on doit alors pratiquer le lavage du sang par des injections de sérum artificiel, lesquelles, en augmentant la diurèse, facilitent l'élimination des toxines par le rein.

D'une manière générale, sous l'influence du régime lacté régulièrement suivi, les symptômes d'auto-intoxication gravidique s'atténuent et disparaissent graduellement ; la femme peut ainsi mener sa grossesse jusqu'à terme.

Mais, la guérison ne doit pas être considérée comme certaine et définitive tant que persiste cette hypertension artérielle, tant que le pouls reste rapide.

Et lorsque, malgré un régime sévère, l'hypertension persiste accompagnée de dyspnée, céphalée, troubles de la vue, œdème, il faut interrompre prématurément la grossesse.

Pendant l'accouchement, une baisse brusque de la tension peut être une indication urgente de terminer l'accouchement le plus tôt possible, afin d'éviter ou de vaincre ces hémorragies formidables dues au décollement du placenta.

Après l'expulsion de l'enfant, l'examen du pouls permet souvent de prévoir l'imminence d'une hémorragie abondante que ne peuvent suffisamment démontrer la mollesse de la matrice et l'écoulement de sang parfois insignifiant qui se fait par la vulve.

Le doigt qui palpe l'artère radiale sent les pulsations s'accélérer de plus en plus, le pouls arrivant à dépasser 100, alors que la pression s'abaisse rapidement à 14, 13, 12, 11 cm. Toutes les fois que la tension s'abaisse et que le pouls s'élève au-dessus de 100, il faut intervenir promptement : faire une délivrance artificielle, achever de décoller activement le placenta partiellement adhérent, donner des injections intra-utérines d'eau chaude à 50 degrés, frictionner vigoureusement le fond de l'utérus.

Ces moyens énergiques sont, dans la plupart des cas, efficaces pour juguler ces hémorragies parfois formidables dues au décollement d'un placenta vicieusement inséré, ou à l'inertie utérine.

Après que l'hémorragie s'est arrêtée, si le pouls reste peu

tendu et fréquent, des injections répétées de sérum artificiel permettent de relever assez rapidement cette hypotension d'origine mécanique.

Dans les suites de couches, nous avons vu qu'il existe généralement chez les trois quarts des femmes un ralentissement physiologique du pouls. Mais si le pouls reste rapide, il ne faudra pas en conclure forcément à un état pathologique, car la tachycardie peut être, chez certains sujets, un signe normalement physiologique.

A la suite des hémorragies abondantes de la délivrance, à la suite des convulsions éclamptiques, il subsiste une accélération plus ou moins accentuée du pouls accompagnée d'un abaissement notable de la tension artérielle. Tachycardie et hypotension traduisent alors la souffrance ou l'état de déchéance de l'organisme ; seule une bonne hygiène et une médication ferrugineuse active pourront remonter l'état général et ramener à la normale le niveau de la circulation sanguine.

Lorsque, dans les suites de couches, la tachycardie persiste et oscille au-dessus de 100 pulsations avec une hypotension assez marquée, il serait peut-être prudent de ne pas permettre à la mère affaiblie d'allaiter elle-même son enfant.

Dans quelques cas d'infection puerpérale, le sérum anti-streptococcique ne nous a donné aucun résultat probant ; son action antitoxique sur les toxines microbiennes nous semble être des plus réduites.

Les injections intra-utérines pratiquées au début d'une infection puerpérale, amènent toujours en même temps qu'une chute de température, un relèvement momentané ou persistant du pouls avec diminution de sa fréquence.

Lorsque l'infection est grave et généralisée, l'action des injections intra-utérines est nulle ; cet échec des injections intra-utérines coïncidant avec un pouls rapide et peu tendu doit faire porter un pronostic grave *quoad vitam*.

Nous n'avons pas observé de cardiaques dans les suites de couches. Il nous paraît néanmoins évident que chez elles la digitale doit avoir des effets merveilleux pour ralentir le pouls, relever la tension artérielle et parer aux accidents graves d'une asystolie par surmenage du cœur pendant le travail de l'accouchement.

Si, après une légère atteinte d'infection puerpérale, le pouls oscille au-dessus de 100 après la chute de la température, sans que cette tachycardie soit due à une hémorragie de la délivrance, il faudra toujours se méfier d'une complication tardive des suites de couches et ne pas laisser lever la femme.

N'a-t-on pas vu survenir une phlébite, une semaine ou deux après la disparition de la fièvre ?

La phlébite, dans ce cas, doit évoluer insidieusement ; elle se déclare lorsque la femme se lève trop tôt alors que l'infection n'est pas encore éteinte ; mais elle avorte et ne se produit pas si la femme garde le repos absolu au lit tant que persiste la tachycardie.

CONCLUSIONS

GROSSESSE. — A l'état normal, la circulation sanguine chez la femme enceinte ne subit aucune modification digne de remarque pendant les premiers mois de la grossesse. Mais dans les derniers mois et surtout pendant le neuvième, par suite du développement considérable du ventre, il se produit une légère hypotension qu'on peut évaluer en moyenne entre 12 et 13 cm. de mercure au Verdin ; cette baisse de la tension artérielle coïncide toujours avec une accélération du pouls dont la fréquence oscille entre 80 et 90 pulsations chez la plupart des femmes arrivées au terme de leur gestation.

Sous l'influence de l'hydramnios avec distension anormale de l'abdomen, dans la grossesse gémellaire, l'hypotension est encore plus accentuée ; elle équivaut à 10, 11, 12 cm. de Hg, alors que le pouls reste toujours aussi accéléré que dans les cas normaux.

Cette hypotension de la fin de la grossesse est aussi marquée dans certaines formes d'hydramnios syphilitique, dans le cas de fœtus mort et macéré depuis longtemps retenu dans la cavité utérine, dans les vomissements incoercibles, les hémorragies dues à l'insertion vicieuse du placenta, dans l'éclampsie à forme hypotensive, chez les femmes tuberculeuses, chez

les cardiaques. Le pouls suit généralement alors une marche inverse de la tension, s'accéléralant de plus en plus au fur et à mesure que celle-ci s'abaisse.

Dans les albuminuries intenses, les convulsions éclamptiques puerpérales, la tension peut s'élever considérablement jusqu'à dépasser 20 cm. de Hg, alors que le pouls, tantôt reste normal, tantôt s'accélère et dépasse 100 pulsations par minute.

La tachycardie rarement, l'hypertension très souvent, peuvent être, avec les autres symptômes d'auto-intoxication gravidique, les funestes avant-coureurs d'une attaque légère ou grave d'éclampsie puerpérale.

L'hypertension, très élevée pendant les accès mêmes, s'atténue lorsqu'ils s'espacent et disparaissent ; manifestation très sûre de l'hépatotoxémie, de l'auto-intoxication gravidique, elle ne présente aucun rapport constant avec la quantité d'albumine contenue dans les urines. L'albuminurie, il est vrai, peut être très intense alors qu'il y a hypertension considérable ; mais l'hypertension peut être très accentuée sans que le taux de l'albumine augmente d'une façon proportionnelle. Lorsque survient la guérison, on voit s'abaisser le taux de l'albumine et celle-ci disparaître presque en même temps que la tension revient à la normale.

A mesure que s'abaisse le sphigmomètre, s'atténuent également les symptômes d'auto-intoxication gravidique, tels que la céphalée, les vertiges, les troubles de la vue.

ACCOUCHEMENT. — Quand l'accouchement suit sa marche normale, la tension artérielle s'accélère progressivement au fur et à mesure que redouble l'effort du travail : légèrement diminuée pendant les contractions utérines mêmes, elle s'élève graduellement dans leur intervalle jusqu'à atteindre 18, 19, parfois 20 cm de Hg chez les primipares à la période d'ex-

pulsion ; elle atteint seulement 16, 17 cm. chez les multipares, à la même période.

Chez les femmes qui accouchent prématurément, l'hypertension de la fin du travail est beaucoup moins considérable parce que les phénomènes mécaniques sont moins intenses et le travail musculaire produit moins considérable.

La durée de la période de dilatation n'a aucune influence sur l'hypertension progressive ; mais plus l'évolution de la période d'expulsion est rapide, plus l'hypertension est accentuée.

Lorsqu'il y a inertie utérine, lorsque les douleurs deviennent rares et impuissantes à achever la descente du pôle fœtal engagé dans la filière pelvienne, cette hypertension ne tarde pas à diminuer ; quand l'application du forceps est jugée nécessaire, la tension s'est, en général, abaissée de 1, 2, 3 cm.

Toutes les fois, également, qu'on administre du chloroforme pour faciliter les manœuvres obstétricales, il y a une légère baisse de tension, fait dû à l'action hypotensive du chloroforme.

Chez certaines femmes qui sont en hypotension marquée pendant les derniers temps de leur grossesse, l'hypotension persiste, quoique moins accentuée, au moment du travail ; la pression artérielle s'élève rarement au-dessus de 14 ou 15 cm., au moment de la période d'expulsion.

Dans l'éclampsie, sous l'influence des phénomènes du travail, les crises peuvent redoubler de fréquence en même temps que la tension s'élève à un niveau très élevé qu'elle n'avait jamais atteint.

Si nous considérons en même temps la courbe du pouls, nous voyons qu'elle ne suit pas toujours, sous l'influence du travail, une marche parallèle à celle de la pression artérielle ; si sa fréquence, comme l'a observé Louge, augmente au mo-

ment de la contraction utérine, elle diminue de nouveau dans l'intervalle de deux contractions, jusqu'à tomber parfois à un chiffre inférieur à celui observé pendant la grossesse.

Cependant, on peut dire que le pouls de l'accouchement est toujours plus accéléré que celui de la grossesse, et ce fait se précise surtout au moment de la période d'expulsion, où, par suite de la constance de l'effort, le pouls oscille aux environs de 90 pulsations, la courbe restant presque toujours au-dessus de ce chiffre.

Dans les cas pathologiques, pendant le travail, la courbe du pouls n'offre pas de modifications méritant d'arrêter notre attention.

— Aussitôt après l'expulsion, c'est-à-dire quelques minutes après la naissance du nouvel être, il se produit un abaissement momentané de la tension ; celle-ci s'abaisse de 2, 3, 4 cm. de Hg au Verdin, rarement plus et sans intervention d'aucun élément pathologique. L'hypertension du travail et surtout de l'expulsion s'atténue donc progressivement, graduellement pendant le décollement du placenta, mais après l'expulsion du placenta, la tension se relève de nouveau de 1 ou 2 cm.

Chaque fois qu'une perte de sang se produit, l'hypotension apparaît avec une intensité proportionnée à la gravité de l'hémorragie ; si l'hémorragie est faible, la tension ne subit, pour ainsi dire, que des variations inappréciables pour le sphigmomètre ; si elle est moyenne ou forte, la tension s'abaisse proportionnellement à la quantité de sang perdue, jusqu'à atteindre 12, 11, 10 et même 9 cm. de Hg. Cette hypotension progressive, coïncidant avec une fréquence du pouls dépassant 100 pulsations, doit être l'indication urgente de faire une délivrance artificielle le plus rapidement possible.

Lorsque le délivre est sorti des organes génitaux, la tension

s'élève de nouveau de 1 ou 2 cm., alors que le pouls se ralentit graduellement mais d'une façon très inconstante.

Ce ralentissement physiologique du pouls débute aussitôt après la naissance de l'enfant et se continue après l'expulsion du placenta, mais des causes très minimes, comme une hémorragie peu abondante, une émotivité très grande, un léger degré de température, retardent son arrivée ou l'empêchent de se produire.

SUITES DE COUCHES. — Nous pouvons conclure, d'après nos recherches, que l'hypertension du travail persiste dans les premiers jours de couches ; elle s'atténue néanmoins progressivement et la courbe est redevenue normale le quatrième, sixième ou huitième jour après l'accouchement.

Lorsque la grossesse a suivi son cours régulier, la tension oscille les premiers jours de couches aux environs de 16 cm.; puis elle s'abaisse graduellement et le sixième ou huitième jour on la trouve égale à 14, 13 cm., chiffres qui expriment la tension normale chez la femme en dehors de la puerpéralité.

L'hypertension des suites de couches peut coïncider avec le ralentissement physiologique du pouls puerpéral ; mais elle semble n'avoir aucun rapport avec lui ; on remarque des écarts considérables dans le nombre des pulsations, sans que la tension en subisse le moindre contre-coup.

De plus, l'hypertension artérielle peut exister sans bradycardie et réciproquement le ralentissement du pouls se produire sans s'accompagner d'hypertension.

Toutes les fois que la femme a présenté de l'hypotension marquée pendant la grossesse, le phénomène de l'hypertension ne se produit pas après l'accouchement, quoique le pouls puisse présenter la courbe à ralentissement franc et plus souvent mixte observée par Louge.

S'il y a eu des crises d'éclampsie pendant le travail, la

courbe hypertensive, dans les premiers jours des suites de couches, peut être plus élevée que chez les femmes normales. Puis, à mesure que se fait la guérison, la courbe descend tandis que celle du pouls monte progressivement jusqu'à dépasser 90 à 100 pulsations. Cette tachycardie du déclin de l'éclampsie n'est pas un symptôme constant, mais elle doit être considérée lorsqu'elle se présente, comme un signe de bon augure pour le pronostic de l'auto-intoxication gravidique ; elle coïncide toujours avec la diminution de l'albumine urinaire et l'abaissement rapide de la tension artérielle après l'accouchement.

Lorsque pendant la délivrance il se produit une hémorragie abondante, le pouls reste rapide dans les suites de couches et d'autant plus que la quantité de sang perdue a été abondante. La tension subit un abaissement proportionnel puis elle remonte graduellement, en quelques jours, vers la moyenne physiologique sans jamais atteindre toutefois la courbe normale.

Si l'hémorragie a été moins abondante, l'hypertension peut diminuer ou disparaître dans les premiers jours de couches, mais le pouls subit quand même son ralentissement, quoique très irrégulier et tardif.

Ce qui est remarquable dans tous les cas d'hémorragie, c'est l'instabilité très grande du pouls et d'autant plus que l'hypotension est plus forte.

Dans l'infection puerpérale, on voit souvent la fréquence du pouls précéder tous les autres accidents et même l'élévation thermique. Le pouls suit, en général, une marche parallèle à celle de la température, s'accéléralant à mesure que celle-ci monte, se ralentissant graduellement lorsque le thermomètre se rapproche de la normale.

Lorsque l'atteinte d'infection puerpérale a été légère, le pouls, après une accéléralation passagère, peut subir le ralen-

tissement physiologique observé chez la plupart des femmes normales.

La tension ne subit guère de modifications tant que le thermomètre ne dépasse pas 38°.

Souvent les courbes du pouls et de la tension renseignent mieux que la marche de la température sur le degré de gravité de l'infection puerpérale ; une hypotension précoce et progressive, coïncidant avec un pouls très fréquent, est un signe de mauvais augure dont il faut tenir plus grand compte que de la marche de la température.

Les injections de sérum antistreptococcique nous paraissent avoir une action bien incertaine ou plutôt nulle sur l'état de la tension artérielle des femmes infectées.

Lorsque après une légère atteinte d'infection puerpérale, la tachycardie persiste sans s'atténuer et sans être due à d'autres causes, après la chute de la température, il faut souvent craindre une complication intercurrente tardive telle que la phlébite.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARANGER. — Thèse de Paris (1898).
- BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements.
- BLOT et FALASCHI. — *In* thèse de Lange.
- BOUCHARD. — Pathologie générale, t. IV.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine.
- CAZES. — Tension artérielle dans quelques états pathologiques (1890).
- CHAPAR. — Thèse de Paris (1898).
- CHARPENTIER. — Traité pratique des accouchements (1882).
- CRAVIN. — Etude clinique sur la montée du lait chez les nouvelles accouchées.
- DANIEL. — Journal de médecine et de chirurgie (juillet 1903).
- Dictionnaire encyclopédique science médicale (article couches).
- DUMAS. — Archiv. de Tocologie (1878).
- DUROZIEZ. — Augmentation de volume du cœur pendant l'état puerpéral.
- FRANCK. — Bulletin de l'Académie de médecine (1898).
- Société de biologie (1879).
- Défense de l'organisme contre les variations anormales de la tension artérielle (Bullet. acad. méd. 1896).
- FODERA. — Rapports entre la pression artérielle et la fréquence du cœur.
- LEBEDEFF et FAROCHJACKOW. — Centralbl. fur gyn. 1884.
- LORAIN. — La fièvre puerpérale chez l'accouchée.
- Le pouls.
- LOUGE. — Le pouls puerpéral physiologique (Paris 1885).
- MAREY. — De la circulation sanguine.
- MERCIER. — Sphigmomanométrie (Paris, 1900).
- MILLIAN. — Presse médicale (1899).
- Revue de médecine (1903).

- OZANAM. — La circulation et le pouls (Paris, 1886).
PAJOT. — Leçons sur les affections puerpérales (Gaz. hôpit. 1862).
C. PAUL. — Diagnostic et traitement des maladies du cœur (1883).
PINARD. — Congrès de Rome (1902).
POTAIN. — Archives de physiologie (1890).
PUESCH. — Thérapeutique obstétricale (1903).
QUEIREL et REYNAUD. — Tension artérielle et puerpéralité (Annales de gynécologie et obstétrique 1900).
REYNAUD et OLIVES. — Gazette des hôpitaux (mai 1900).
REYNAUD. — Thèse de Paris (1900).
RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'obstétrique.
SARATOFF. — Thèse de Paris (1898).
SIREDEY. — Les maladies puerpérales.
STOLTZ. — Art. grossesse. Dict. encyclop. des sc. médic.
VAMIES. — Introduction à la pratique des accouchements.
VAQUEZ et MILLET. — Press. médic. (1898).
VAQUEZ et NOBÉCOURT. — Press. médic. (1897).
VASCHIDE. — L'examen de la tension artérielle (Comptes rendus société biolog. 1900).
VINAY. — Archives de tocologie (1893.)
— Maladies de la grossesse (1894).
VON ZIEMSEN. — Congrès de Lubeck (1895).
-

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 7 janvier 1904.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

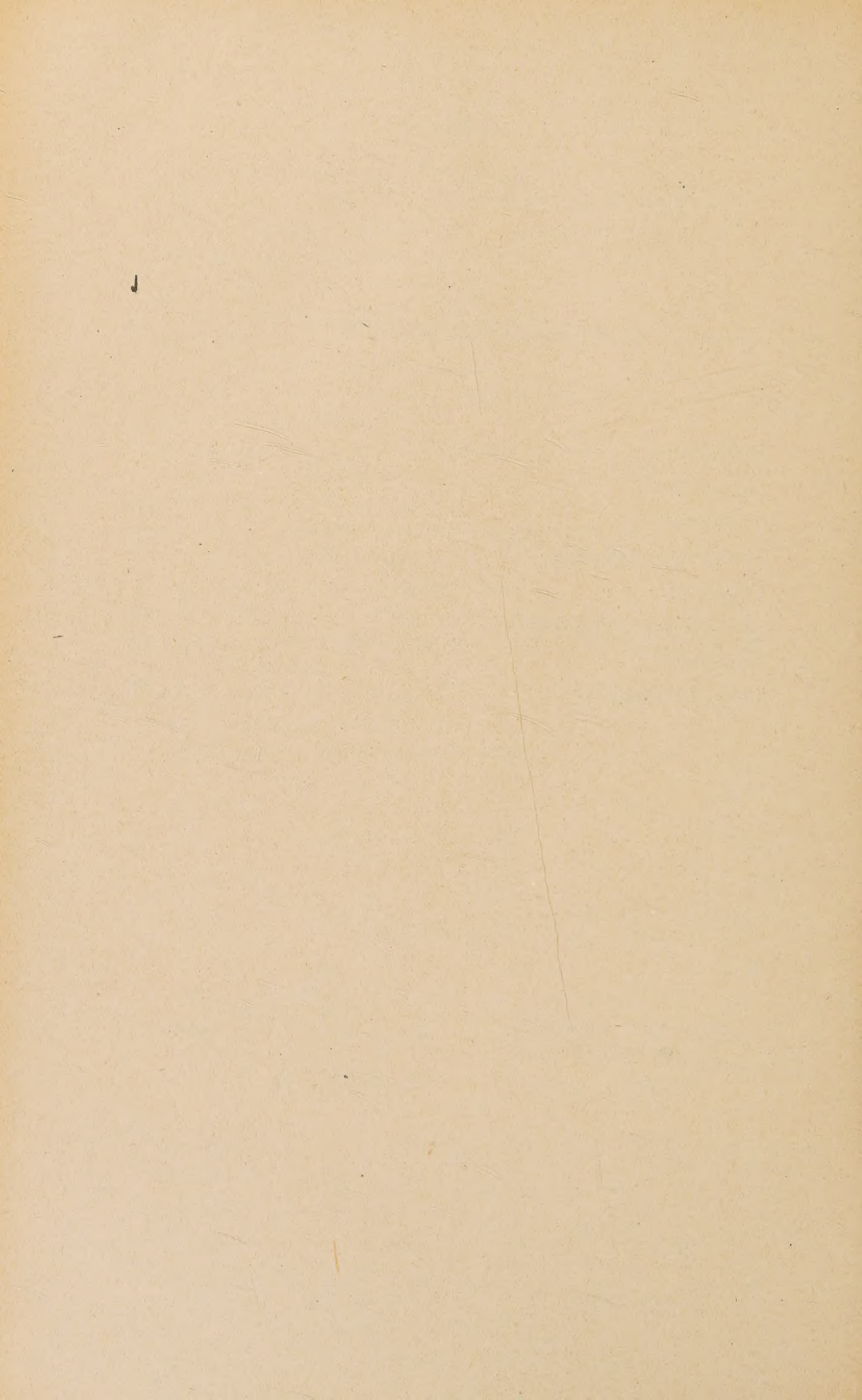
Montpellier, le 7 janvier 1904

Pour le Doyen, l'Assesseur,

FORGUE.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos.	v
Introduction	7
Observations	11
Considérations générales	64
Pathogénie.	79
Considérations thérapeutiques	85
Conclusions	91
Index Bibliographique	99



SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
